



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

Démila Lopes Timas

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS PORTADORAS
DA DOENÇA DE MENINGITE.**

2014

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde da Universidade do Mindelo para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Discente: *Démila Lopes Timas N° 2352*

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS PORTADORAS
DA DOENÇA DE MENINGITE.**

Orientadora: *Mestre Sahida-Alina do Rosário*

Mindelo

RESUMO

A meningite é uma doença infecto-contagiosa grave que pode desencadear sequelas graves e, em situações mais críticas, pode ser letal. O seu tratamento requer, obrigatoriamente, o internamento em condições de isolamento e o acompanhamento de uma equipa constituída por médicos e enfermeiros.

Neste trabalho, estudámos o caso de isolamento de uma criança portadora de meningite no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, durante o mês Junho. Incide sobre os cuidados de enfermagem prestados a essa criança, na medida em que tem como principal objectivo: conhecer as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados a crianças com meningite, porque sentimos a necessidade de adquirir mais conhecimentos sobre a doença e sobre os cuidados que lhe são prestados.

Da mesma forma, procurámos entender como é feito o isolamento dessas crianças e a intervenção dos enfermeiros para diminuir as complicações, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, atenuar os efeitos do isolamento na criança, melhorar o estado de saúde do utente e, quiçá, diminuir a morbilidade e a mortalidade infantil.

A nossa pesquisa é essencialmente qualitativa, os métodos para a recolha das informações foram: a observação participante e a não participante do espaço reservado ao isolamento de crianças, e de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos enfermeiros desse serviço. Do tratamento dos dados, foi-nos possível encontrar os seguintes resultados: o espaço físico que acolhe crianças em isolamento no Serviço de Pediatria não tem características específicas que propiciem conforto ambiental às crianças em isolamento.

Os enfermeiros que prestam cuidados nesse serviço revelam: sentir necessidade de materiais ergonómetros e de mais enfermeiros para melhorar a assistência e para prestarem cuidados humanizados; logo, têm receios, relacionados com alguma falta de materiais ergonómetros e falta de confiança para prestar cuidados a um paciente isolado com uma doença infecto-contagiosa; estar mais próximos das crianças que estão hospitalizadas e mais afastados das que estão em isolamento porque os procedimentos de segurança que precisam ter para se aproximarem das crianças com doenças infecto-contagiosas condiciona a sua aproximação, limitam a frequência das visitas e, por isso, as crianças em isolamento necessitam de mais carinho porque a sua condição não lhes permite interagir com outras crianças, tal como acontece com as que estão hospitalizadas.

Palavras-chaves: meningite; isolamento; cuidados de enfermagem; humanização de cuidados.

ABSTRACT

Meningitis is a serious infectious disease that can trigger serious consequences, and in most critical situations, can be lethal. Its treatment requires, necessarily, internment in isolation, and monitoring of a team of doctors and nurses.

In this work, we studied the case of isolation of a child with meningitis in the Paediatric Department of Baptista de Sousa Hospital during the month June. It focuses on the nursing care provided to the child, in that it aims to: know the nursing interventions in the care of children with meningitis, because we feel the need to acquire more knowledge about the disease and the care provided to it.

Similarly, we tried to understand how it's done the isolation of these children and the intervention by nursing professionals to reduce complications, improve quality of care, mitigate the effects of isolation in children, improve the health of the patient and, perhaps, reduce morbidity and infant mortality.

Our qualitative research whose methods of collecting information was made through participant and not participant observations in the placeholder for the isolation of children, and semi-structured interviews addressed to nurses of that service. The data processing, we were able to find the following results: the physical space for children in isolation at the Pediatric Service has no specific features that provide environmental comfort to children.

The nurses who provide care in this service reveal the need of materials and more nurses to improve care and to provide humanized care; they have fears related to a lack of ergonomic materials and confidence to care for patients with an infectious disease; they are closer to the children who are hospitalized than to those in isolation because they don't have all the conditions for the approach; they limit in this way the frequency of visits and therefore the children in isolation need more affection because his condition does not allow them to interact with other children.

Keywords: meningitis; isolation; nursing care; humane care.

Dedico este trabalho à minha falecida avó Antónia Inácia e à minha mãe pelo esforço e dedicação para que eu pudesse estudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ter dado força e coragem para vencer mais uma etapa da minha vida com sucesso, depois de muitas dificuldades e muito sofrimento.

Queria também agradecer a dedicação e o esforço das seguintes pessoas que me apoiaram durante estes quatro anos:

- à minha falecida avó e à minha mãe porque sem elas, não seria possível a realização do meu curso.
- ao meu namorado e ao meu filho por todo carinho e demonstração de força e coragem e muito amor para vencer.
- aos meus familiares que se dispuseram a ajudar-me para que pudesse realizar o curso que escolhi.
- à minha orientadora, que se mostrou disponível num momento em que me senti perdida na realização do trabalho e mostrou-se competente e muito compreensível durante a orientação. Para si: muito obrigada porque sem a sua orientação não conseguiria realizar este trabalho.

*Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em acções, em acções que trouxessem resultados.*

Florence Nightingale

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
A PROBLEMÁTICA.....	14
 CAPITULO I – O QUADRO TEÓRICO.....	18
1. A meningite	19
2. As Tipologias da Meningite	20
a. A meningite bacteriana.....	21
b. A meningite viral.....	22
1.1 A prevenção.....	22
1.2 Dos sinais e os sintomas da meningite à sua transmissão e complicações.....	23
2. A Humanização dos Cuidados de Enfermagem	25
2.1 Os cuidados de enfermagem.....	27
2.2 As relações terapêuticas entre a família – o enfermeiro – a criança.....	30
3. A Hospitalização e/ou o Isolamento de Crianças	32
3.1 A hospitalização e/ou o isolamento: seus efeitos na criança e na família, e a importância da família no tratamento.....	34
3.2 A intervenção de enfermeiros e as estratégias adoptadas para cuidar de crianças hospitalizadas e/ou isoladas	39
a) O espaço físico	40
b) A utilização do brinquedo terapêutico.....	40
c) A Terapia do riso – os palhaços	42
d) A musicoterapia.....	42
 CAPITULO II – O PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
1. A Recolha de Informação: os Métodos e os Instrumentos de Recolha	46
2. O Tratamento de Dados	48
3. A Apresentação dos Resultados	49
3.1 Os resultados obtidos a partir da observação indirecta	50
3.2 Os resultados obtidos a partir da observação directa.....	52
3.3 Os resultados obtidos a partir das entrevistas.....	54
4. A Interpretação dos Resultados	56
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ÍNDICE DE APÊNDICES:.....	XI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – As meninges.....	20
------------------------------------	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - A terapêutica prescrita durante o isolamento da criança.....	51
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BCG - Bacilo de Calmette-Guerin

CM - centímetro

CP- comprimido

Ed.- Edições

Ex: - exemplo

Fig. - Figura

G - grama

G/dl - gramas por decilitro

H - hora

HBS - Hospital Batista de Sousa

IM - Via Intramuscular

IV- Via Intravenosa

KCL - Cloreto de Potássio

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

Lda. - Limitada

MM - Milímetro

ML - Mililitro

NACL - Cloreto de Sódio

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

PB - Publicações

S/d- Sem Data

TAC - Tomografia Axial Computada

TC - Tomografia Computada

Vitamina C- Ácido Ascórbico

VO - Via Oral

Vol. - Volume

°C - Grau Celcius

INTRODUÇÃO

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Enfermagem, a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é tarefa fundamental para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. Assim sendo, após a escolha do tema de investigação que é a prestação de cuidados de enfermagem a crianças em isolamento, iniciámos uma pesquisa que resultou neste trabalho de Conclusão do Curso intitulado: *Os cuidados de enfermagem a crianças portadoras da doença de meningite*.

Considerámos importante debruçar sobre a doença, mas toda a nossa atenção incidiu sobre a enfermagem que é a ciência do cuidar fundamental que dá assistência, ajuda na recuperação e a manutenção da saúde, uma vez que possui ferramentas teóricas e práticas que lhe permitem actuar de forma inteligente perante a vida humana, em que a satisfação das necessidades humanas fundamentais se revela como uma finalidade importante. De facto, os enfermeiros são os primeiros a terem contacto com a criança doente, depois da família. São eles quem prestam os primeiros cuidados e identificam os possíveis sintomas e sinais da doença. Desde modo, o enfermeiro tem de estar bem preparado para intervir, caso surjam eventuais doenças infecto-contagiosas.

A sociedade cabo-verdiana, tal como todas as outras, reúne pessoas diferentes e provenientes de diversas zonas do globo. Existe uma mistura de faixas etárias, grupos sociais, costumes, regras e culturas, tornando-se crucial identificar populações de risco e intervenções adaptadas a cada etnia e faixa etária, entendendo o ser humano na sua totalidade. Há patologias que são mais susceptíveis de afectar uma franja da sociedade e uma outra parte de outras. Exemplo disso são as doenças infecto-contagiosas que são graves, podem afectar as crianças, e é fundamental que sejam diagnosticadas e tratadas de forma adequada. Para isso, os médicos e enfermeiros precisam funcionar como uma equipa.

Neste trabalho organizámos os conteúdos apresentados em capítulos e debruçámos sobre os importantes para a compreensão da problemática estudada. Assim sendo, no CAPÍTULO I anunciamos a problemática e avançamos com a contextualização teórica. O CAPÍTULO II revela a metodologia adoptada neste trabalho que passa pela indicação: da abordagem e do tipo de estudo, dos procedimentos éticos transversais em todas as etapas da pesquisa, as técnicas e os instrumentos de recolha de

informações, o tratamento de dados, a apresentação e a discussão dos resultados obtidos.

Por último, apresentamos as considerações finais, as referências bibliográficas importantes para a pesquisa e, no fim, os apêndices contendo documentos importantes e os instrumentos de recolha de informações que foram elaborados por nós.

A PROBLEMÁTICA

Esta parte do trabalho incide, sobre a problemática na qual são identificados o tema, a pergunta de partida, os objectivos e apresentamos a justificativa do tema em estudo e elaboramos o enquadramento teórico do trabalho, debruçando, particularmente, sobre os cuidados de enfermagem prestadas a uma criança com a doença de meningite, as complexidades durante o internamento e recuperação da doença.

O desejo de investigar nesta área surgiu durante a realização do ensino clínico feito na enfermaria de pediatria do Hospital Batista de Sousa. Aí foi possível assistir diariamente crianças isoladas e as condições em que ficavam.

De entre as que lá estavam, acompanhámos uma criança com a doença de meningite bacteriana, cujo tratamento implicava o isolamento da criança numa unidade individual para impedir a transmissão dessa doença e de outras. Ora, o isolamento cria uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo. Nessa situação, ao entrar no quarto algumas vezes fui surpreendida ao encontrar a criança triste e deprimida, pedindo para sair e chorando porque queria brincar do lado de fora com as outras crianças, porque, junto à porta, era possível ouvi-las brincar e caminhar livre e tranquilamente pela enfermaria. Entendemos, na altura, que a unidade de isolamento pode gerar um nível de stress muito grande tanto na criança como na mãe que a acompanhava (sozinha) durante todo o tempo internamento e que, de certa forma, também ficara isolada juntamente com a criança.

Assim, o estudo que nos propusemos desenvolver fundamenta-se numa perspectiva pessoal uma vez que, durante os ensinamentos clínicos, foram poucos os conhecimentos obtidos sobre a temática de **Cuidados de Enfermagem a Crianças Portadoras da Doença de Meningite**, mais concretamente sobre isolamento de crianças, sobre essa doença infecto-contagiosa e, por último, sobre dos cuidados que são e devem ser prestados a crianças que dão entrada no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Quando nos referimos ao isolamento dessas crianças, o nosso interesse despertava-se e aguçava a nossa vontade de conhecer e perceber o modo como pode influenciar emocionalmente o doente. Interrogávamos sobre as possíveis intervenções dos profissionais de enfermagem caso surgissem complicações, o que no sentido de as minimizar, de melhorar a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, melhorar o estado de saúde do doente.

Nesse sentido, surgiu a seguinte pergunta de partida: **Quais os cuidados de enfermagem a uma criança com meningite isolada no serviço de Pediatria do HBS?** Porque, enquanto futuro enfermeiro tenho interesses que, segundo Cosby (*apud* Sheehy, 2001: 783), vão no sentido de:

(...) aprimorar os seus conhecimentos, aquando da triagem e da avaliação do doente pediátrico. O enfermeiro terá de fazer o seu diagnóstico de enfermagem aplicando os seus conhecimentos. Além disso, um dos cuidados relevantes da enfermagem é com a família do doente pediátrico. Prestar a sua solidariedade, dar a atenção e explicações acerca da doença do seu ente, prestar apoio psicológico, tanto para o doente como para a sua família (...).

Para dar resposta à pergunta de partida, formulámos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- Conhecer as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados a crianças com meningite.

Objectivos Específicos:

- Descrever as intervenções de enfermagem ao prestar cuidados a crianças com meningite.
- Observar os cuidados que os profissionais de enfermagem prestam a crianças portadoras da doença de meningite;
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem nas crianças com meningite;
- Conhecer o plano de intervenção projectado/planificado com vista a prestar cuidados a crianças com meningite e em isolamento.

A pertinência deste estudo é reforçada se percebermos/ tivermos consciência que é importante redobrar os cuidados quando a intervenção do enfermeiro incide sobre a prestação de cuidados a pessoas (independentemente da faixa etária) portadoras de doenças infecto-contagiosas que exigem internamento e/ou isolamento, como é o caso da meningite, que tem grande incidência, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento.

No que diz respeito a Cabo Verde, a nossa realidade não foge às regras, os dados estatísticos referentes a Cabo Verde no ano de 2011, mostram que houve 77 casos de meningite em todo o país, e em São Vicente, mais concretamente no HBS, foram identificados 19 casos de meningite, conforme os dados estatísticos do relatório do Ministério de Saúde de Cabo Verde (2011, p. 39). Ainda, de acordo com dados obtidos nos serviços de estatísticas do HBS, em São Vicente, foram identificados 65 casos em

2012, 12 casos em 2013 e ainda no primeiro semestre de 2014 foram identificados 4 casos de meningite no serviço de pediatria. De entre esses casos, os tipos de meningite predominantes são: a viral, a bacteriana e a indeterminada e a indicação é que o número de casos tende a diminuir ao longo dos anos.

A meningite é uma “inflamação das meninges, que são comprometidas por microrganismos patogénicos” e, de entre as infecções do sistema nervoso central, a meningite é uma das que tem as mais altas taxas de morbilidade e mortalidade”, conforme Davis (2003 *apud* Santos 2007, p. 90).

Em relação às sequelas, Cleyden (2007, p. 237) revela que os sobreviventes ficam com “sequelas neurológicas a longo prazo”. Neste sentido, a aposta é feita na prevenção. Porém, quando ocorre o contágio numa criança, muito se tem feito para melhorar as condições de vida das crianças, facto pelo qual a “meningite vem reduzindo a sua incidência e mais comum em crianças menores de 5 anos”, de acordo com os dados estatísticos do Ministério de Saúde do país (2011, p. 37).

Em Cabo Verde, mais concretamente em São Vicente, não há registos de mortes por meningite no relatório do Ministério de Saúde do ano de 2011. No entanto, de acordo com esse mesmo relatório, as doenças com maior número de mortes em crianças menores de 5 anos no país, em 2011, foram as doenças perinatais com uma percentagem de 54,2% dos casos de mortalidade infantil, e em segundo lugar surgem as doenças infecciosas e parasitárias com 12,5 % da mortalidade infantil. Ora, sendo a meningite uma doença infecciosa com incidência nas crianças, é fundamental investigar esta temática e essencial, enquanto futuro profissional de enfermagem, investigar para adquirir mais conhecimentos uma vez que, de acordo com Queiroz, (2010, p. 55):

A saúde da Criança contempla acções programáticas educativas e assistenciais que visam atender a criança de forma integral e individualizada em todas as fases do crescimento e desenvolvimento. Desta forma, a (o) enfermeira (o) e a enfermagem tornam-se co-responsáveis pelo desenvolvimento de acções promotoras, preventivas e de recuperação à saúde.

Quer isto dizer que, ao serem prestados cuidados à criança doente, a responsabilidade do enfermeiro enquanto profissional de saúde aumenta, uma vez que cuidar da criança doente exige muito esforço e dedicação, sobretudo quando se trata de uma doença como a meningite. Também, havendo a necessidade de internamento, é fundamental perceber que ela necessita de cuidados tanto a nível físico como a nível

emocional, porque se encontra fragilizada e a necessitar de muito apoio até conseguir estar ter saúde que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “não é apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” No entanto, a plena aquisição deste bem precioso requer a intervenção dos profissionais de saúde na sua promoção e prevenção, ao mesmo tempo que são eles os responsáveis para cuidar da saúde das pessoas.

Quando o doente requer cuidados, Ascensão (2010, p. 25) afirma que:

A principal função da enfermeira é ser fornecedora directa de cuidados de Enfermagem ao doente, tendo sempre como objectivo a independência do utente, para isso necessita de fazer uma avaliação inicial, planear, implementar e avaliação final a cada um dos componentes dos cuidados de enfermagem, as necessidades humanas fundamentais.

No entanto, convém explicar que a intervenção de enfermeiros, conforme Virgínia Henderson (1996 *apud* Black e Jacobs, 1996, p. 7) tem como função “assistir o indivíduo doente ou saudável na execução de actividades que contribuam para a saúde ou recuperação (...), e fazer isto de tal maneira que o ajude a adquirir a independência o mais rápido possível.” Na realidade, “a prática de enfermagem envolve cuidados em todos os aspectos de saúde, doença, vida pessoal e vida comunitária” (Potter e Perry, 2006, p. 56). Se reflectirmos sobre a principal intervenção da enfermagem, certamente nos ocorrerá a palavra Cuidado, porque de facto “a enfermagem possui a característica de não descartar o aspecto humanizador de fazer saúde, visto que, tem o seu foco de atenção no cuidado ao ser humano” (Sousa, 2011, p. 89). É neste sentido, que afirmamos que, o cuidar inclui uma dinâmica da pessoa em si e do meio que o envolve.

CAPITULO I – O QUADRO TEÓRICO

Numa segunda parte, procedemos com o enquadramento teórico. Começamos pela descrição e a caracterização da meningite para de seguida debruçarmos sobre humanização dos cuidados de enfermagem, a comunicação terapêutica entre o enfermeiro a criança e a família, o contributo da família no processo de recuperação e as implicações o isolamento numa criança doente.

Marion (2002, p. 38) afirma que “o referencial teórico deve conter um apanhado do que existe de mais actual na abordagem do tema escolhido, mesmo que as teorias atuais, não façam parte de suas escolhas.” Neste capítulo, pretendemos expor de forma articulada os principais conceitos, teorias, os tipos, os sinais e os sintomas da doença (a meningite), e, ao mesmo tempo, descrever: as intervenções de enfermagem, os cuidados a serem prestados às crianças portadoras dessa doença infecto-contagiosa em isolamento e ainda as condições físicas do espaço disponível para isolar as crianças.

1. A meningite

De acordo com Requejo (2005, p. 73) “a meningite, doença infecciosa e inflamatória das meninges, é conhecida desde os primórdios da medicina, embora as causas ou sintomas tenham sido desconhecidos por muitos anos”. Indicando as razões da demora para descobrir as causas e os sintomas, o mesmo autor (*ibidem*) refere que:

Em 1887 o médico alemão Anton Weichselbaum descobriu a bactéria que causava aquela meningite epidémica e a chamou de *Diplococcus intracellularis*, o qual ficou conhecido como meningococo de Weichselbaum. Causava surtos nas populações civis que se acumulavam nos navios que cruzavam os oceanos, ao desembarcarem, nos disseminavam a doença entre os colonos.

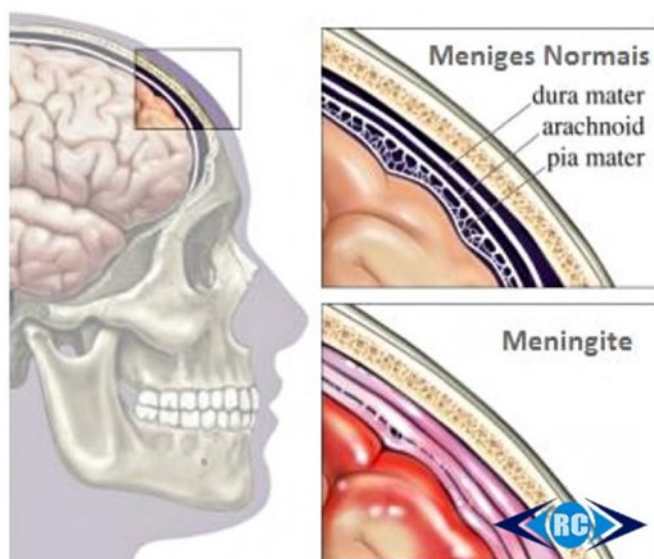
Na Europa, desde o início do século XX, já havia o tratamento soroterápico, com anti-soros meningocócicos produzidos em cavalos, no qual o paciente era inoculado por via intratecal. A soroterapia provocava muitas vezes choques anafiláticos e infecções com outras bactérias contaminantes, na década de 1930 foi substituída pelas sulfonamidas usados na cura das meningites, em 1926 Alexander Flemming, na Inglaterra, descobriu a penicilina, empregado na cura das meningites e de outras infecções bacterianas.

Nos anos 1970 a doença já com o nome de meningite meningocócica, voltou à sua forma epidémica em todos os continentes. Foram produzidas as primeiras vacinas polisacarídicas contra esses meningococos, a vacinação massiva das populações reduziu a doença para níveis endémicos. A partir dos anos 1980, vieram então novos ciclos epidémicos. Cepas de meningococos virulentos do soro grupo B alastraram-se. A dificuldade de se produzir uma

vacina anti-B eficaz, uma vez que o antígeno dessa bactéria não é imunogénico, faz com que se mantenha em níveis de alta endemicidade, principalmente nas grandes capitais.

Segundo Isselbacher (1994, p. 674) a meningite “é uma forma comum de doença meningocócica que ocorre principalmente em crianças de seis meses a dez anos de idade”. Cordeiro (2010, p. 692) vai mais longe na definição e explicação demonstrando que “é uma infecção ou inflamação de duas membranas meníngeas que revestem o cérebro e o espaço que ficam entre elas... as meningites são emergências médicas, quer o diagnóstico e tratamento tem de ser imediatos”, conforme a figura que se segue:

Figura 1 - As meninges



Fonte: <https://www.google.cv/url?saFsaude%2Fmeningite&ei>

Na realidade, a meningite, a inflamação aguda das meninges é uma das causas frequentes da morte e incapacidade na criança e é uma das doenças infecto-contagiosas que ocorre no nosso país e que pode deixar sequelas.

2. As Tipologias da Meningite

Existe uma grande variedade de meningites: a bacteriana, a viral, a línfocítica, a gripal, a asséptica, a não específica, a meningococemia com meningite, a meningocócica, a meningococemia aguda, a tuberculosa (Hirschheimer, Ramos e Szalter s/d, p. 1). Neste estudo debruçamos sobre dois tipos: a meningite bacteriana e a

viral por serem os mais comuns, ou seja os que apresentam mais casos de infecção em crianças no serviço de Pediatria do HBS, de acordo com os dados estatísticos de Ministério de Saúde (2011).

a. A meningite bacteriana

A Meningite bacteriana é o tipo mais grave da meningite, o seu diagnóstico tem de ser feito rapidamente, necessita de cuidados específicos, que se aposta prevenção para que as complicações que podem ser fatais possam ser evitadas.

Segundo, Duncombe e Weller (s/d, p. 155) “A meningite meningocócica é uma doença causada pela bactéria *Neisseria Meningitidis* do sorotipo B, que tem como seu habitat preferido, a nasofaringe humana. A meningite meningocócica”, de acordo com (*ibidem*) “apresenta algumas características especiais que são particularmente importantes, visto que este tipo de meningite é muitas vezes observado em enfermarias de crianças”. Ainda (*ibidem*) continua explicando como as pessoas podem ser contaminadas:

O utente muitas vezes vem de ambientes superpovoadas, e a infecção que se difunde pelas gotículas de saliva invade a nasofaringe e a corrente sanguínea. O curso da doença pode ser fulminante e, se acompanhada de septicémia, pode dar rapidamente colapso e morte. Se há atraso no tratamento dão-se complicações frequentes, com hemorragias petequiais, cegueira temporária, falência circulatória periférica, manchas cerebrais e convulsões. Com os métodos modernos de diagnóstico e terapêutica, estes casos graves e as suas complicações são felizmente raros. Convém recordar que a meningite meningocócica é uma doença notificável. O período de incubação é de quatro a cinco dias e os portadores são frequentes.

Quer isso dizer que a meningite possui várias formas de transmissão, por isso evitar locais fechados, locais com muita gente e ter hábitos de higiene são algumas formas de evitar a sua transmissão. Para Cosby (*apud* Sheehy 2001, p. 784): “na meningite bacteriana, os microorganismos entram no sangue através da infecção focal ou por outras vias, como, feridas abertas, fractura craniana, e procedimentos cirúrgicos, espalhando a infecção pelo espaço subaracnoídeo”. Por ser uma doença infecto-contagiosa, pode ser transmitida facilmente e para que isso não aconteça há a necessidade de se apostar na prevenção ou então que o diagnóstico e tratamento sejam muito eficazes. Isto porque “a detenção e o tratamento são essenciais para evitar a morte e lesão residual. O aumento da pressão intracraniana é uma das grandes preocupações

na meningite. À medida que a inflamação aumenta, a expansão no crânio rígido provoca pressão directa no cérebro” (*ibidem*).

b. A meningite viral

É uma forma de meningite menos perigosa do que a bacteriana, porque raramente deixa consequências e “cura-se espontaneamente (pois não há um tratamento específico), caso não existirem complicações secundárias” (Marcelino, 2005, p. 60). Geralmente, a meningite viral tem cura e é mais fácil de tratar que a meningite bacteriana, sendo apenas necessários remédios analgésicos e antipiréticos para aliviar os sintomas. Conforme Davis (2003, p. 398), “a meningite viral normalmente é benigna, com bom prognóstico. Os casos podem ser encontrados como isolados ou como surtos, atingindo indivíduos de todas as idades, com faixa etária de maior risco, representado por menores de cinco anos”.

Entre as sequelas da meningite viral podem ser incluídas: as perdas de memória, a diminuição da capacidade de concentração ou problemas neurológicos, especialmente em utentes que sofreram de meningite viral antes do 1º ano de vida. No entanto, as sequelas da meningite viral são raras e surgem, principalmente, quando o tratamento não é iniciado rapidamente ou não é feito de forma adequada.

De acordo com Pellini *et al* (2004, p. 12):

A meningite viral produz sinais e sintomas que variam de acordo com o agente etiológico, com sintomas de hipertermia, astenia, mialgia, cefaleia, fotofobia, rigidez da nuca, distúrbios gastrointestinais, sintomas respiratórios ou erupção cutânea. Febre, cefaleia e sinais meníngeos de início agudo são os sinais e sintomas mais frequentes observados em meningite por êntero-vírus.

1.1 A prevenção

A melhor maneira de evitar outros casos de meningite, é apostar na prevenção. Para isso, Cordeiro (2010, p. 692) considera que se “deve ter em conta as vacinas que são utilizadas para a diminuição de casos de meningite, são elas: vacina BCG vacina contra a parotidite, *haemophilus influeze*, meningococo C ou pneumococos”.

De acordo com Isselbacher (1994, p. 675) “a vacinação tem eficácia superior a 99% na prevenção de casos secundários (em comparação a uma eficácia de aproximadamente 89% por quimioprofilaxia com rifampicina), devendo ser encorajada

a vacinação”. Outras formas de prevenção identificadas pela Directoria de Vigilância Epidemiológica (s/d, p. 4), enunciadas de forma apelativa, são:

Mantenha a higiene corporal, lave sempre as mãos após ir ao banheiro, tenha higiene rigorosa com pratos e talheres usados pelo doente, bem como mamadeiras e chupetas mantêm a casa limpa e arejada e, se possível, ensolarada, principalmente os quartos evite locais fechados, cheios de gente e mal ventilados mantenha as salas de aula ventiladas, com portas e janelas abertas.

Também, há outras formas de prevenção que chamaram a atenção dos autores Hirschheimer, Ramos e Szalter: (s/d, p. 6) São:

- Alertar quanto à necessidade de profilaxia nos casos de meningite por *Haemophilus Influenzae* e meningococo.
- Explicar, em linguagem acessível, as possíveis causas, via de transmissão, possibilidades de contágio, exames necessários para elucidação diagnóstica, tratamento proposto e evolução natural da doença.
- Orientar os familiares quanto à gravidade da doença (meningites bacterianas) e tranquilizar nas meningites virais.
- Orientar possíveis complicações decorrentes das meningites bacterianas.
- Crianças maiores também devem ser esclarecidas sobre sua doença, seu tratamento e sua evolução, bem como ser consultadas e informadas sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos e orientações a serem seguidas, inclusive após a alta hospitalar.
- Orientar o acompanhamento da dieta a ser administrada. Corrigir eventuais erros quanto à técnica, qualidade e quantidade de alimentos que estavam sendo oferecidos anteriormente.

1.2 Dos sinais e os sintomas da meningite à sua transmissão e complicações

Para distinguir os sinais e os sintomas, recorremos a Pinheiro (2008, p. 11) que afirma :

Sinal e sintoma parecem uma coisa só, mas há diferença entre eles: Sinais: alterações do organismo de uma pessoa que podem ser percebidas através do exame médico ou medidas em exames complementares. Não é necessário que o paciente relate o sinal, pois outra pessoa pode identificá-lo. É uma característica objectiva da doença. Ex.: febre, edema (inchaço), coloração da pele, arritmia. Sintomas: alterações do organismo relatadas pelo próprio paciente, de acordo com sua percepção de sua saúde. Apenas a pessoa consegue identificá-los, não sendo possível outra pessoa diagnosticar. É uma característica subjectiva, pois depende da interpretação do próprio paciente. Ex.: dor, fome ou sede excessiva, fraqueza.

As crianças com meningite apresentam uma variedade de sinais e sintomas durante a infecção que tanto podem ser “febre, vômitos, cefaleia, sensibilidade á luz, prostração, convulsões, perda de consciência, rigidez dos músculos e da nuca, gemido, irritabilidade, palidez, petéquias ou equimoses, queixas gastrointestinais” (Morreira, 1986, p. 173). Assim, Cordeiro (2010, p. 693) alerta que é preciso:

Ter em conta que, a meningite é uma emergência médica. Quer isso dizer que, quando existir a suspeita dessa infecção, tem de ser realizada uma punção lombar, ou seja, o líquido cefalorraquidiano tem de ser retirado para a realização de análises e obtenção de informações de modo a ser feito o internamento da criança.

Ou seja, é muito importante o diagnóstico precoce da doença para evitar que ocorram complicações da doença que possam afectar a vida normal da criança. Salienta (*ibid.*, p. 674) ainda que:

Os casos mais típicos, porém têm sinais e sintomas de infecção das vias aéreas superiores seguidos de uma doença por vários dias. Cerca de 20% a 40% dos pacientes tem meningite sem evidências clínicas de meningococemia, dependendo do diagnóstico do exame bacteriológico do licor quando a meningite ocorre em associação a uma erupção petequial ou purpúrica, porém um diagnóstico presuntivo de doença meningocócica se justifica, porque este padrão de doença só raramente é visto em outras infecções.

Smelter e Bare 2002 (*apud* Silveira *et al*, s/d, p. 5) afirmam que:

A meningite bacteriana é a mais importante, sendo os microrganismos mais frequentes, *Neisseria meningitidis* (meningite meningocócica), *Streptococcus pneumoniae* (adulto) e *Haemophilus influenzae* (em crianças e adultos jovens), com transmissão por contacto directo de gotículas, secreções nasais e orofaríngeas dos portadores da doença. Essas infecções de meninges podem ser originadas de infecções do trato respiratório superior, otite média, traumatismo craniano, estado imunossuprimido, procedimentos cirúrgicos ou dispositivos invasivos (por exemplo: aparelhos de monitorização da pressão intracraniana). Outra forma infecciosa seria é a infecção oportunista em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida.

De acordo com a Directoria de Vigilância Epidemiológica (s/d, p. 3) existem outras formas de transmissão, nomeadamente: “a falta de higiene pessoal e do ambiente, mãos sujas, locais fechados sem ventilação e com muita gente”.

As complicações deixadas pela infecção de meningite são várias e podem originar um grande atraso para a vida dessas crianças. De acordo com Cordeiro (2010, p. 694) as

complicações que ocorrem dependem do “dependem do tipo de meningite. As virais evoluem geralmente sem complicações. As bacterianas podem ter complicações neurológicas, epilepsia, septicemia, as mais frequentes são na área motora, audição e surdez”.

Para Isselbacher (1994, p. 674) existem outras complicações que ocorrem como:

Herpes labial ocorre em 5% a 20% dos pacientes com doença meningocócica, danos neurológicos, crises convulsivas ou surdez 10% a 20% dos pacientes durante os estágios agudos de meningites, epilepsia pós-meningite é rara e a frequência de danos permanente aos nervos provavelmente é inferior a 5%. Alguns pacientes queixam de cefaleia recorrente labilidade emocional, insônia dores nas costas, perda de memória e dificuldade de concentração por meses após um episódio de meningite. A artrite séptica é uma complicação não todo raro de meningocemia, podendo acompanhar a meningite ou ocorrer com manifestações metastáticas únicas. O líquido articular contém muitos granulócitos, mas raramente são recuperados meningococos.

Para além desse, existem as complicações piogénicas que se tornaram extremamente raras desde que os antibióticos passaram a ser usados rotineiramente de acordo com (*ibidem*):

A endocardite bacteriana é bastante rara, mas uma elevada proporção dos pacientes que morrem com meningite apresenta miocardite. Atrito pericárdico ou alterações electrocardiográficas de pericárdio são observados em 5% dos pacientes; em raros casos ocorre pericardite purulenta.

A aposta na prevenção é necessária, mas, quando infectada, o seu diagnóstico tem de ser imediato porque quando é tratada de forma inadequada ou tardia pode deixar sequelas, como “lesões cerebrais permanentes ou causar a morte” (Marcelino, 2005, p. 60).

2. A Humanização dos Cuidados de Enfermagem

A enfermagem é a arte do cuidar, mais concretamente cuida de pessoas, de seres humanos. Essa prestação de cuidado precisa ser humanizado, contudo muitas vezes devido à sobrecarga do trabalho os enfermeiros prestam cuidados a nível técnico e mecânico e o cuidado não é reflectido nem humanizado, conforme Bermejo (2008, p. 49) explica pois considera que o enfermeiro tem de “fazer referência ao homem em tudo

que se realiza para promover e proteger a saúde, curar doenças garantir um ambiente que favoreça uma vida sã e harmoniosa a nível físico, emocional, social e espiritual”. Esclarece ainda que “se o aspecto da desumanização era precisamente a despersonalização, humanizar significa justamente personalizar a assistência (...) é uma questão emotiva, que tem a ver com o manejo das próprias emoções na interacção e prestação dos cuidados” (*ibid.*, p 51).

Para Redondeiro (2003, p. 27) quando se pretende prestar cuidados humanizados a crianças, há:

A preocupação dos modelos bio-psico-sociais e culturais e a implementação de estratégias e mudanças, por parte da equipa de saúde, visam não só ultrapassar os problemas de organização da instituição, inerentes ao mundo da saúde, como preconizam uma perspectiva holística da criança/família.

É necessário compreender que a criança necessita de cuidados para tratar a saúde física e ainda precisa sentir-se confortável de modo a suprir a carência afectiva causada pela separação do meio familiar e o imperativo de se adaptar à instituição. Morley (1980, p. 258) considera que “uma criança doente exige muita atenção. Requer exame e diagnóstico talvez precise de grande variedade de medicamentos e tratamentos. Também precisa ser cuidada e confortada, alimentada, e mantida limpa.”

De facto, a hospitalização e sobretudo o isolamento são situações críticas e delicadas na vida de qualquer ser humano, e têm contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica na mudança de rotina de toda a família. Conforme Faquinello, Higarashi, Marcon (2007, p. 609):

A internação hospitalar traduz-se numa experiência bastante difícil para o pequeno paciente, gerando ansiedade pela exposição da criança a um ambiente estressante, e onde o apoio para o enfrentamento destes sentimentos é bastante restrito, de tal forma que, uma das únicas fontes de segurança é representada pela presença dos pais.

Neste sentido, é fundamental assegurar a presença dos pais, durante o internamento, com maior regularidade. É fundamental reconhecer que promover a humanização requer esforço para rever certas atitudes e comportamentos da parte dos profissionais envolvidos directos e indirectamente no cuidado do paciente. No isolamento hospitalar, algumas atitudes por parte dos profissionais de enfermagem podem denunciar a falta de conhecimento, preconceito e medo de contaminação por doenças como a meningite, tal como Cordeiro (2011, p. 16) fundamenta:

A assistência de enfermagem prestada a esses utentes é por vezes, prejudicada pela dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com suas limitações. Estas incluem o medo de adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-la, por preconceito ou por não possuir conhecimento específico a respeito da enfermidade. Humanizar implica dar lugar tanto a palavra do usuário quanto a palavra dos profissionais, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pensa e promova as acções e políticas assistências. Assim, a deficiência do diálogo e a debilidade do processo de comunicação entre profissionais e usuários, repercutem de forma negativa no cuidado prestado.

O processo do cuidar precisa acontecer numa troca de informações entre os médicos, os enfermeiros o utente e a família. A humanização, então depende da capacidade de falar e ouvir, do diálogo com o nosso semelhante em situação prejudicada, como é o caso de um indivíduo em isolamento com a doença meningite. Para (Cordeiro, 2011, p. 17) há alguns factores que dificultam o processo de humanização a doentes em isolamento, nomeadamente:

A falta de conhecimento, o medo, o preconceito e a própria característica do isolamento. Conscientização, orientação e preparo dos profissionais acerca da valorização, não das doenças, mas do ser humano que adoece, deve ser prioridade na assistência de enfermagem.

Então, a humanização é um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional. Backes, Lunardi e Filho (2006, p. 134) afirmam que:

Além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde, o seu principal objecto de trabalho é o utente (ser fragilizado), uma nova postura ética que permeie todas as actividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

2.1 Os cuidados de enfermagem

A área de enfermagem considera as pessoas como seres totais (holísticos), que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam nas experiências de saúde e doença. Ela lida com seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser questionados e tão pouco considerados como elementos separados. Para Carvalho (1996, p. 39) “a enfermagem, durante séculos, era a caridade, era o amor em acção, era pôr em prática a generosidade e o sentido fraterno das relações com os desprotegidos orientados para a dignificação da vida humana”, quer

isso dizer que desde sempre que é uma arte e uma ciência que se preocupa com a pessoa na íntegra e intervém nos domínios: físico e emocional.

Santo e Porto (2006, p. 541) vão mais longe, transmitem que:

A enfermagem, sendo simultaneamente uma ciência e uma arte, enquanto ciência baseia-se num amplo quadro teórico que constitui seu corpo de conhecimentos e, enquanto arte depende das capacidades e perícia de cada enfermeiro. A criação de um cuidado científico baseado numa concepção da disciplina. A enfermagem é orientada mais para o que é feito à pessoa ou para o cuidado personalizado a ela, adaptado à experiência particular de saúde, um cuidado específico, individual e contextual.

De facto, na perspectiva de Hesbeen (1997, p. 37), “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber, de ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. Para ele o cuidado devia ser de uma forma individualizada e, de acordo com Silva (1995, p. 41):

A enfermagem consiste no cuidar de seres humanos sadios e doentes por meio de acções que têm como base os princípios administrativos. Como ciência, a enfermagem fundamenta-se no estudo e na compreensão das leis da vida. Assim, da arte e da ciência da enfermagem, emergem suas acções que são entendidas como cuidar, educar, pesquisar, as quais estão interligadas e compõem as dimensões de actuação dos enfermeiros.

Nesta óptica, os enfermeiros não prestam cuidados apenas às pessoas utentes, mas sim a todos aqueles que dele necessitam. Enquanto ciência e profissão, a enfermagem contribui para a saúde de forma específica, tal como refere Briga (2010, p.19) no excerto que se segue:

O emergir da enfermagem como profissão autónoma, com elevado contributo na área da saúde, conduziu a que, ao longo dos tempos e na tentativa de melhorar as condições de vida das populações se investisse não só no aperfeiçoamento das técnicas, mas igualmente na relação de proximidade entre o cuidador formal e o sujeito doente. Inicialmente, esta ciência baseava-se num conhecimento essencialmente prático, desvalorizando contextos socioculturais, factores internos e externos capazes de influenciar o estado de saúde e doença da pessoa. Contudo, o contributo de inúmeras personalidades associado à observação e experiência adquirida desde o aparecimento da enfermagem detentora de estatuto profissional permitiu englobar na mesma, um carácter mais humanista e uma visão global do ser humano e do ambiente que o rodeia.

Ainda (*ibid.*, p. 21) reforça a pertinência da profissão ao afirmar que a arte de cuidar “pressupõe uma visão humanística com base no conhecimento científico. É um processo intersubjectivo, assente em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas e em que o enfermeiro participa com a pessoa nos seus cuidados”. Neste contexto, em que nos debruçamos sobre esta profissão, é fundamental mencionar Florence Nightingale, referido em que afirmam que:

Pensar em enfermagem nos dias de hoje, implica uma releitura das ideias de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, as quais vêm sendo cada vez mais exploradas e criticadas por diversos autores de enfermagem, que procuram entender e explicar os fundamentos de algumas questões que vivenciamos actualmente em nossa prática, principalmente no cenário hospitalar que permanece com um maior quantitativo de profissionais de enfermagem. As ideias de Florence Nightingale configuram, até os dias atuais, as bases do cuidado de enfermagem, reinterpretadas nos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem/enfermeira e saúde/doença.

Assim, a enfermagem é entendida como uma profissão, como a ciência e a arte do cuidar do próximo. É um cuidado que se baseia na interdisciplinaridade e que faz dela uma profissão complexa e adaptada para satisfazer as necessidades do utente.

Em relação ao profissional, espera-se que ele seja capaz de avaliar as necessidades e as condições patológicas que as alteram, de seguida aplicar o processo de enfermagem, que de acordo com Ascensão (2010, p. 36):

Baseia-se na apreciação (avaliação inicial), planeamento, implementação e avaliação (final) em cada um dos 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem (necessidades básicas). A avaliação do doente é realizada de acordo com o grau de independência como consegue satisfazer as 14 necessidades, ressalvando que doentes inconscientes não podem ser independentes. A enfermeira e o doente trabalham sempre com um objectivo, a independência, a adaptação a uma nova condição de vida ou a morte pacífica.

Em suma, para satisfazer todas as necessidades humanas básicas de um utente e torná-lo independente, a intervenção do enfermeiro (Clarke, 1977, p. 93) consiste em:

Ajudar o utente a desempenhar as funções de manutenção da saúde que ele for incapaz de desempenhar por si próprio. A responsabilidade do enfermeiro é diagnosticar a quantidade exacta de assistência necessária para cada doente e dispensar essa assistência.

O enfermeiro é um profissional que deve estar sempre atento ao cuidar do utente para se certificar que todos os cuidados necessários são completamente prestados. Os

cuidados de enfermagem, segundo Schaffler e Menche (2004, p. 459), num caso de meningite, incidirão não só sobre o “controlo dos sinais vitais, do estado de consciência e dos sintomas; implementação de medidas de profilaxias; aporte de líquidos em quantidade suficiente; isolamento do utente”.

Seja ele quem for o paciente (criança ou adulto), falar com a família é um procedimento obrigatório e normal. No caso das doenças infecto-contagiosas e crianças é preciso apoiar “a criança e a família, dizer que, a maioria das doenças contagiosas é benigna, mas a ansiedade e a preocupação são normais para com a criança, o enfermeiro deve dar o apoio incondicional e ensinar a família como cuidar do seu utente” (Hockenberry, 2006, p. 435). É no seio familiar que a criança busca apoio, orientação, referência de tempo, protecção para o desconhecido e para o sofrimento. Se a criança puder contar com esta assistência e dos cuidados de enfermagem, poderá ser mais capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades surgidas durante a doença e a hospitalização.

Quando a doença infecto-contagiosa for a meningite precisamos estar atentos porque os utentes “têm particularidades nos cuidados, como exemplo, as medidas de isolamento para evitar a propagação dos agentes patogénicos” (Schaffler e Menche, 2004, p. 442).

Os cuidados prestados pelos enfermeiros são de extrema importância para a recuperação do utente, isolado no hospital, deverão ser contínuos e especializados, requerem a ajuda dos outros profissionais de saúde para que os utentes adquiram a saúde rapidamente e sem traumas provocadas pela doença e/ou pelo isolamento.

2.2 As relações terapêuticas entre a família – o enfermeiro – a criança

Nos casos em que o utente é uma criança, a prestação de cuidados é um processo complexo que requer o envolvimento de médicos, enfermeiros e da família. A família representa um apoio importante aos seus membros que necessitam de cuidados, sobretudo as crianças, quer estejam hospitalizadas quer estejam isoladas por causa da gravidade da doença. Se bem orientada, poderá auxiliar a equipa prestadora de cuidados: na utilização de seus recursos, na adaptação de forma mais eficaz, no respeitando suas possibilidades e limitações individuais.

Nesses contextos, é importante uma equipa bem qualificada, capaz de oferecer ao utente e à sua família o acolhimento de que necessitam. Uma das estratégias que

poderão ser adoptadas para a criação de relações terapêuticas entre a família, o utente e os enfermeiros poderá ser a comunicação terapêutica, que é definida por Pozebom (2009, p. 13), como sendo “toda a interacção na qual o enfermeiro esteja voltado para atender as reais necessidades de quem precisa que pode ser direccionada a uma pessoa e seus familiares ou grupos específicos.”

De facto, na prática de enfermagem é indispensável para a comunicação com os utentes bem como o saber lidar com diferentes situações e pessoas, para que o cuidar seja mais o eficiente possível para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

De acordo com Briga (2010, p.24):

No que se reporta à prática da enfermagem, a comunicação representa a base e o fundamento para as relações enfermeiro/utente, constituindo dessa maneira, um instrumento básico para a profissão. É o suporte de todas as acções dos enfermeiros, pois é através da comunicação com o utente que o compreendemos como um todo; a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões. Só através de uma comunicação terapêutica com o utente somos capazes de identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados aos factos que lhe ocorrem, na tentativa de ajudá-lo a encontrar maneiras de manter ou restabelecer a saúde.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as acções realizadas com o utente e a família dele, quer seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Segundo Lissauer e Clayden (2009, p. 58) “uma boa comunicação é necessária entre a equipa de saúde e os pais para se chegar a um nível de consenso mútuo das responsabilidades para os cuidados da criança”.

Para Pozebom (2009, p. 11), “o cuidado de enfermagem não se direcciona apenas para o utente, mas também para a sua família”. Ou seja, reforça o apelo de o cuidado de enfermagem ser para todo o sistema familiar, porque quando um membro adoece todos ficam fragilizados.

Quando a prestação de cuidados destinar-se a crianças, é comum ser difícil estabelecer a comunicação. A maior parte das crianças normalmente tem medo da bata branca. No entanto, faz parte das intervenções do enfermeiro estabelecer comunicação e aproximar-se da criança. Por norma, nesses casos começa-se por estabelecer a comunicação com os familiares, que na sua maioria das vezes são as mães. De facto, Pozebom (2009, p. 13) reconhece que:

As relações entre os membros do sistema familiar são influenciadoras, de maneira significativa, dos comportamentos, crenças e sentimentos dos membros da família. Na interacção família-enfermagem-paciente, a família contribui com o sentimento de afecto e protecção e a equipa de com o conhecimento científico e a tarefa de cuidar, e ambos com o objectivo comum de recuperar, curar e manter a vida do utente.

Em suma, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro pode e deve utilizar para se aproximar da criança e da família de modo a desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

3. A Hospitalização e/ou o Isolamento de Crianças

O tratamento da doença é prescrito pelo médico, executado e assistido pelos enfermeiros. De acordo com Machado e Gomes (2003, p. 220):

Quando se trata de meningite bacteriana, o tratamento com antibiótico deve ser instituído tão logo que seja possível, preferencialmente logo após a punção lombar e a colecta de sangue para hemocultura. O uso de antibiótico deve ser associado a outros tipos de tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência. De um modo geral, a antibioticoterapia é administrada por via venosa por um período de 7 a 14 dias, ou até mais, dependendo da evolução clínica e do agente etiológico.

Ora, quer isso dizer que a partir do diagnóstico a criança utente ficará automaticamente hospitalizada que é uma medida adoptada “para evitar a desidratação provocada pelos vómitos, diminuir a cefaleia e melhorar as condições gerais” (Machado e Gomes, 2003, p. 220).

De acordo com Carpenito (2002, p. 33) o diagnóstico de enfermagem é um:

Julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona selecção das intervenções de enfermagem visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Durante a sua hospitalização os procedimentos a serem adoptados vão no sentido de garantir as 14 necessidades humanas fundamentais. Já Henderson (*apud* Tomey, 2002, p. 114) uma necessidade é uma exigência. Ela identifica 14 necessidades neste modelo conceptual de enfermagem:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Mover-se e manter posturas correctas;
- Dormir e descansar;
- Vestir-se e despir-se, seleccionando vestuário adequado;
- Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente;
- Manter a higiene e a protecção da pele;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros;
- Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Viver segundo crenças e valores;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde utilizando os meios disponíveis.

Define assim catorze necessidades básicas comuns a todo o ser humano, são ou doente, e que têm uma expressão diferenciada consoante a vivência pessoal e contexto sociocultural

Todo o indivíduo deseja ser independente no que respeita à satisfação de necessidades humanas básicas, logo a insatisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto.

Segundo (*ibidem*), “o enfermeiro deve desenvolver o modo de intervenção mais adequado, tendo como objectivo primordial o restabelecimento da independência ou a sua conservação de modo que o doente possa responder às suas necessidades”.

Referem-se às necessidades que terão de ser satisfeitas para que sejam melhoradas a qualidade de vida do utente porque todo o indivíduo deseja ser independente no que respeita à satisfação de necessidades humanas básicas, logo a insatisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto. Aí, a função do enfermeiro é, conforme Ascensão (2010, p. 35):

Ser fornecedora directa de cuidados de enfermagem ao utente, tendo sempre como objectivo a independência do utente, para isso necessita de fazer uma avaliação inicial, planear, implementar e avaliação final a cada um dos componentes dos cuidados de enfermagem, as necessidades humanas básicas.

Para Regis e Porto (2011, p. 335) referem que “partindo da premissa de que o homem é motivado pelo desejo de satisfazer muitas necessidades, Abraham H. Maslow

estruturou a sua teoria da motivação humana considerando existir uma hierarquia das necessidades humanas básicas”. Essa teoria parte do princípio que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam o seu comportamento no sentido de os satisfazer, de acordo com níveis hierárquicos. A classificação hierárquica das necessidades é apresentada em cinco níveis, a saber: “necessidades básicas ou fisiológicas, b) necessidades de segurança, c) necessidades de amor e/ou sociais, d) necessidades de estima, guardam relação com a auto-satisfação, e) necessidades de auto-realização” (*ibid.*, p. 336).

São as necessidades essenciais para atingir o grau máximo de satisfação e para melhorar a qualidade de saúde. A qualidade dos cuidados de enfermagem é pretendida todos os dias em qualquer actividade porque a finalidade da prestação de cuidados é a recuperação do doente.

Ainda em relação às necessidades humanas, Regis (2006, p. 565) diz:

Além dessas cinco necessidades, Maslow acrescentou à sua teoria, o desejo de todo ser humano de saber e conhecer, ou seja, a necessidade natural do ser humano de buscar o sentido das coisas, de forma a organizar sua compreensão sobre o mundo em que vive. São as necessidades cognitivas, tais como o desejo de: saber, compreender, sistematizar, organizar, analisar e procurar relações e sentidos. Estas necessidades viriam antes da auto-realização. Destacam-se ainda a necessidade de ajudar os outros a se autodesenvolverem e a realizarem o seu potencial, as necessidades transcendentais, que viriam depois da auto-realização.

Quando essas necessidades forem satisfeitas fornecem melhor qualidade de vida ao indivíduo tanto a nível físico como psíquico. Um utente precisa que essas necessidades lhe sejam garantidas, quer esteja hospitalizado, quer esteja internado. Com este trabalho queremos saber e entender como poderão ser garantidas todas essas necessidades a uma criança e ainda minimizar os efeitos negativos que o isolamento poderá ter sobre ela. É neste contexto que passaremos de seguida a incidir sobre as condições em que o isolamento poderá ser feito.

3.1 A hospitalização e/ou o isolamento: seus efeitos na criança e na família, e a importância da família no tratamento

De acordo com Collet, Oliveira e Viera (2002, p. 57), “o hospital é uma instituição de atendimento à saúde que tem uma finalidade específica e exige dos profissionais uma actuação junto aos que precisam de assistência no processo

diagnóstico-terapêutico”. E o isolamento hospitalar, segundo Cordeiro (2011, p.14) “é uma prática de precaução, na prevenção e medidas de controlo de doenças transmissíveis. O isolamento hospitalar requer um maior desafio nas práticas de humanização, por se tratar de uma recomendação que exige um ambiente adequado.”

Segundo Clarke (1977, p. 6):

Quando um utente chega ao hospital, o enfermeiro é responsável para assegurar-lhe o tratamento prescrito pelo médico, que sejam satisfeitas todas as suas necessidades fisiológicas, e que o facto de estar hospitalizado não lhe venha a causar prejuízo. Também é muito importante que o enfermeiro assegure a satisfação das necessidades psicológicas e sociais do utente.

No caso das crianças, durante o internamento hospitalar, elas podem apresentar sofrimento psíquico, que por norma é manifestada através da comunicação verbal e não-verbal, através de comportamentos e de reacções emocionais, que muitas vezes são diferentes do habitual. Para Sanchez (2011, p. 243), de facto “o ambiente hospitalar pode se tornar estressante, interferindo no estado psicológico da criança.” Lissauer e Clayden (2009, p. 58) complementam afirmando que “remover a criança do seu ambiente familiar para uma enfermaria desconhecida é estressante e assustador para ela e para os seus pais e sua família (...) a internação rompe a rotina familiar, não apenas da criança hospitalizada”.

No hospital a criança não consegue fazer tudo o que faz em casa, as brincadeiras realizadas ou mesmo os brinquedos. Elas costumam estar aos pulos, mas no hospital está limitada a um quarto e uma cama.

De acordo com Lissauer e Clayden (*ibid.* p.59) “a hospitalização arrasta consigo a dependência quase total das crianças realça-se por isso, mais uma vez, o papel preponderante dos enfermeiros e a responsabilização da família e da própria criança no seu autocuidado”. No entanto, Santos (2011, p. 19) considera que “cada família, perante a criança utente e hospitalizada, adapta-se a essa situação de acordo com os seus próprios recursos inerentes, de suportes familiares e sociais disponíveis”. Contudo, perante tais situações o contacto com a família deve ser reforçado porque “na vida dos indivíduos, o sistema natural mais importante é, sem dúvida a família, espaço privilegiado do suprimento de necessidades básicas e de mediação entre o indivíduo e o meio social” (Redondeiro, 2003, p. 60).

No entanto, é preciso ter em conta que a hospitalização da criança acarreta sempre rupturas na dinâmica familiar e, neste contexto, Redondeiro (*ibid.* p. 56)

recomenda que “a preocupação dos profissionais de saúde esteja centrada na criança e na família, com o objectivo de identificar e descodificar os problemas, estabelecer uma relação de ajuda, na tentativa de enfrentarem e superarem essa situação”. Quer isso dizer que é importante que o enfermeiro preste o seu apoio incondicional tanto para a criança como também para a sua família

A intervenção do enfermeiro passa por conhecer os seus medos, as dificuldades, os sentimentos e as necessidades, servindo de suporte e orientação, respeitando o conhecimento dos pais da criança e o seu direito a participar na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados. Segundo (*ibidem*):

A permanência dos pais durante a hospitalização da criança é amplamente reconhecida como vantajosa, quer para a criança, quer para os pais. Contudo, exige adaptações dos pais a uma nova realidade que só será ajustada de forma equilibrada se o hospital oferecer condições físicas e humanas para isso. Essas condições passam por um acolhimento capaz de dar respostas às suas necessidades, permitindo uma continuidade do papel parental.

É de extrema importância acolher bem a criança e a família durante o internamento, porque isso pode fazer com que eles se sintam mais à vontade e colaborem na realização dos cuidados e (re) criem o ambiente de caso no hospital.

Os papéis dos membros da família, as regras, as rotinas diárias podem ajustar-se às necessidades da doença da criança com a ajuda devida. Lissauer e Clayden (2009, p. 58) propõem “os cuidados hospitalares estejam voltados para a criança e para a sua família. Pais e irmãos devem participar dos cuidados à criança, os quais devem ser apropriados à maturidade emocional e física da criança e suas necessidades”.

Se debruçarmos sobre o internamento e as condições em que isso é feito, verificámos que “é uma preocupação recente. O conhecimento sobre o desenvolvimento psicológico, social e emocional da criança forneceu enormes contributos para a mudança na forma de se tratarem e de se cuidarem crianças utentes.” Ora, quer isso dizer que o efeito da hospitalização nas crianças tem vindo a ser reconhecido como sendo potencialmente frustrante e causador do *stress*, ansiedade, medo e dor. Havendo a necessidade da criança ser hospitalizada, o enfermeiro precisa ter isso tudo em consideração, e ainda compreender que cada uma tem características individuais e pode ter experiências anteriores de internamento que tanto poderão facilitar como dificultar a sua intervenção. De facto, Redondeiro (2003, p. 21) considera que “a hospitalização tem uma conotação estigmatizante, conduzindo, por vezes, a criança a momentos de revolta,

isolamento, falta de cooperação com os técnicos e, simultaneamente, a um mutismo, ao medo e a tristeza”. Acrescenta (*ibid.* p. 23) ainda que:

As repercussões negativas da hospitalização da criança constituem uma preocupação central, visto se converter numa experiência potencial, perante a incapacidade de resposta a situações novas, a dependência de terceiros, a falta de referência a situações novas, podendo perspectivar situações erróneas, contribuindo, assim, para um estagnar do desenvolvimento da criança.

Nessas situações, acordo com Coelho (1996, p. 29), para cuidar eficaz e eficientemente da criança, o enfermeiro precisa ter conhecimento disso tudo para satisfazer as necessidades humanas da criança doente, e estar ciente que:

Numa situação de urgência, o utente e seus familiares sentem grande vulnerabilidade e angústia. Quando se trata de uma criança e mesmo sobrevalorizada a gravidade potencial da doença, esses sentimentos surgem em geral mais agudizados e aumenta a expectativa sobre os resultados de uma medicina extraordinariamente difícil e complexa que pondo em acção um vasto leque de meios e competências técnicas e cada vez menos limitadas na maioria das situações, mas de modo algum, infalíveis ou milagrosos.

Neste contexto, é fundamental o enfermeiro perceber que para assistir a criança doente, ele precisa estar preparado para dialogar com a família e ter consciência das suas limitações enquanto pessoas e das limitações da ciência. Ao estabelecer uma relação terapêutica com a criança doente e com os seus familiares os cuidados prestados poderão ser facilitados e dessa forma poderá ajudar na recuperação da criança doente. Quando a situação da criança doente implica o isolamento, os cuidados deverão ser redobrados porque o isolamento hospitalar é, segundo Cordeiro (2011, p.14):

Uma prática de precaução, na prevenção e medidas de controlo de doenças transmissíveis. O isolamento hospitalar requer um maior desafio nas práticas de humanização, por se tratar de uma recomendação que exige um ambiente adequado. Essas precauções existem para proteger não somente os profissionais de saúde das infecções hospitalares (IH), mas também os utentes.

As crianças com meningite são tidas no isolamento para evitar a transmissão da doença e mesmo assim o quarto deve reunir as mínimas condições para se ter um internamento menos traumático possível. Outros cuidados são tomados de acordo com. Duncombe e Weller (s/d, p. 157):

A pele deve ser mantida saudável com banhos frequentes. Em todos os casos de meningite bacteriana prescrevem-se antibióticos de largo espectros, que devem ser administrados

cuidadosamente, embora a criança possa colaborar mal na ingestão destes medicamentos. Uma boa ventilação pode ajudar a reduzir a febre e devem usar-se acessórios de enfermagem (almofadados para os calcanhares e a cabeça). A limpeza da boca deve ser feita e os lábios devem manter-se macios. Deve-se ter à mão alguma coisa para ajudar a enfermeira a abrir a boca, para o caso de uma convulsão. A temperatura, o pulso e as respirações são tomados e registados em cada quatro horas e frequentemente deve medir-se a tensão arterial. A ingestão de líquidos e a sua excreção devem ser medidos e registados. A dieta deve ser ligeira e nutritiva e os líquidos administrados em quantidades adequadas. Pode ser necessária a alimentação artificial por sonda Nasogástrica. O problema da alimentação pode ser agravado pelo vômito persistente. Muitas vezes é recompensador que a mãe traga de casa um prato favorito para satisfazer os desejos a criança, com o fim de manter uma nutrição adequada.

Requer mais atenção e maior envolvimento porque todos (a família, a criança e a equipa que cuida dela) estarão mais fragilizados e é “dever de todos cuidar das crianças e assegurar que tenham um crescimento adequado, tanto do ponto de vista da saúde como no que se refere ao seu bem-estar psicológico afectivo, social, etc.” (Marcelino, 2005, p. 3). Perante casos dessa natureza, é crucial ser criativo, ser original e adoptar estratégias que poderão ser utilizadas para melhorar a intervenção não só do enfermeiro como de toda a equipa, bem como para criar tranquilidade e bem-estar na criança doente e isolada.

Para Duncombe e Weller (s/d, p. 157) os cuidados de enfermagem deverão passar por:

Escolher-se um quarto sossegado, bem ventilado e certos tipos de meningite têm de ser tratados com uma barreira de segurança. É de primordial importância que se façam observações cuidadosas, que haja um conhecimento das complicações possíveis e que as observações sejam contínuas e correctas. A posição da criança na cama pode indicar um aumento da pressão intracraniana, como por exemplo, afastar-se a luz ou meter-se dentro as roupas. As áreas de pressão necessitam de atenção especial, por causa do emagrecimento marcado, da agitação e da incontinência.

Entendendo as intervenções de enfermagem como sendo “acções específicas, realizadas para ajudar a pessoa a atingir os resultados esperados” (Wright, 1998, p. 155), então é essencial enumerar as intervenções que Silveira *et al.* (s/d, p. 18) recomendam quando se pretende cuidar de uma criança com meningite:

- Monitorar a temperatura corporal do paciente, cor da pele, a frequência, o ritmo respiratório e a frequência cardíaca.

- Proporcionar alívio sintomático;
- Monitorar os sinais vitais para permitir a detecção precoce das complicações;
- Manter hidratação adequada;
- Realizar balanço hídrico rigoroso;
- Administrar e monitorar o tratamento de acordo com os protocolos da instituição;
- Permanecer tempo suficiente com paciente, permitindo a expressão de seus sentimentos e estabelecendo uma relação de confiança com o cliente;
- Estimular o paciente a abordar suas necessidades de maneira positiva.
- Realizar mudança de decúbito;
- Identificar recursos que podem ajudar na implementação da recuperação da mobilidade;
- Monitorar e registrar diariamente sinais de complicação da imunidade;
- Ajudar o paciente a manter uma posição confortável;
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica.

Outras intervenções de enfermagem contidas no NIC que vão de encontro com o diagnóstico de NANDA, de acordo com McCloskey e Bulechek (2004) são:

- Melhorar a imagem corporal;
- Terapia com exercícios: equilíbrio, mobilidade;
- Suporte emocional;
- Controlo do ambiente: conforto;
- Terapia ocupacional;
- Redução da ansiedade;
- Apoio ao cuidador: aconselhamento;
- Cuidados com o repouso no leito;
- Ensino: actividades/exercícios prescritos;
- Controlo do peso.

3.2 A intervenção de enfermeiros e as estratégias adoptadas para cuidar de crianças hospitalizadas e/ou isoladas

A hospitalização pediátrica traz habitualmente associadas experiências negativas e, por vezes, marcantes para a criança e a sua família, nomeadamente: entrada num ambiente estranho (ao nível das normas, rotinas); a alteração do quotidiano da criança, ou, entre outros, a privação de contacto com as suas situações da vida diária, exigem a mobilização de recursos e estratégias que, por vezes, se encontram francamente reduzidos ou não existem. Neste contexto, algumas estratégias poderão ser adoptadas, nomeadamente a decoração do espaço físico, a utilização do brinquedo terapêutico e a terapia do riso.

a) O espaço físico

A unidade de internação é o local onde, geralmente, o utente internado passa a maior parte do tempo e por isso deve-se ter atenção especial quanto aos elementos que constituem o ambiente para que seja acolhedor. Muitos autores relatam que o período de internamento hospitalar é para a criança é um momento de difícil aceitação. Segundo Machado e Martins (2002, p. 37), “a hospitalização é uma situação que pode provocar sensação de abandono na criança, já que esta tem que deixar sua casa, amigos e familiares, permanecendo em um ambiente totalmente estranho e quase sempre percebido como hostil”.

b) A utilização do brinquedo terapêutico

A utilização do brinquedo terapêutico é uma estratégia que poderá ser adoptado pelo enfermeiro porque é: “uma das maneiras de ajudar a criança a perceber o que está acontecendo é a utilização do brinquedo terapêutico, o qual terá como função liberar seus temores e ansiedades, permitindo que ela exponha o que sente e pensa” (Souza, 2012, p. 355). As crianças são vulneráveis às doenças e à hospitalização, por um lado, por serem mudanças do estado habitual de saúde e na rotina familiar. Por outro, elas não sabem lidar com eventos geradores de stresse, tais como a perda do controlo resultante da restrição física, a mudança da rotina e a dependência imposta, as lesões corporais e a dor, que ocorrem, principalmente, com a realização de procedimentos.

Para Ribeiro, Sabatés e Ribeiro (2001, p. 422), o brinquedo terapêutico:

Constitui-se num brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para a idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser utilizado sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou necessitar ser preparada para procedimentos.

Na realidade, brincar é importante à criança, e a equipa profissional deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para a sua realização e incluí-la nos cuidados diários, pois de acordo com Ribeiro, Sabatés e Ribeiro (2001, p.422) ele:

Deve ser usado pela enfermeira que assiste a criança com o objectivo de dar à ela uma melhor compreensão das suas necessidades. Tem também a função de auxiliar no preparo da criança para procedimentos, a fim de descarregar a tensão após os mesmos, dramatizando as situações vividas e manuseando os instrumentos utilizados ou objectos de

brinquedo que os representa. O brinquedo normal torna-se terapêutico quando promove o bem-estar psicofisiológico da criança.

O uso dele nos cuidados de enfermagem à criança é importante, podendo não só distrair e descontrair a criança durante um procedimento doloroso como também que ela escapa-se da realidade do hospital enquanto brincar, conforme avança Cintra (2006, p. 498):

A enfermeira é um orquestrador que facilita a brincadeira da criança. Se esta necessidade não for suprida, poderá ocasionar distúrbios comportamentais, como: alterações no sono, irritabilidade excessiva, agressividade, falta de adequação social e o não favorecimento de desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

Souza (2012, p. 356), nos seus estudos, distingue os tipos do brinquedo terapêutico que existem:

O Brinquedo Terapêutico apresenta-se em três tipos: o Brinquedo Dramático, que permite a descarga emocional; o Brinquedo Instrucional, que ajuda a criança na compreensão do tratamento e no esclarecimento de conceitos errôneos e o Brinquedo Capacitador de funções fisiológicas, o qual busca desenvolvimento de actividades em que as crianças possam, de acordo com suas necessidades, melhorar ou manter suas condições físicas.

Cada um desses tipos desempenha uma função específica porque quando as crianças brincam, elas expressam experiências próprias e pessoais, desenvolvem actividades de forma espontânea, agradável e sem objectivos definidos, segundo (*ibidem*):

Referente à criança doente, o brinquedo apresenta quatro funções: a primeira permite a liberação da raiva por meio da expressão; a segunda consiste em repetir experiências dolorosas a fim de compreendê-las; a terceira é restabelecer um elo entre o lar e o hospital e a quarta é retrair-se para readquirir o controlo.

Através do brinquedo, passarão a interagir com o meio onde estão. Neste sentido o acto de brincar passa a ser visto como um momento terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade da criança hospitalizada compreender melhor o momento específico em que vive.

c) A Terapia do riso – os palhaços

Uma outra estratégia é a utilização da figura do palhaço e a sua generosidade, cuja função social é fazer rir e dar prazer por meio da sua ingenuidade, da sua astúcia, bem como de suas trapalhadas. Para Masetti (*apud* Sanchez, 2011, p. 36) o palhaço “é movido pela curiosidade e flexibilidade, pela capacidade de aceitar os erros e transformá-los em recursos, pela postura de enobrecer a atitude do outro, por mais absurda que ela seja ao olhar racional”.

Tudo o que não tem importância interessa- lhe é precisamente isso, uma das características que um palhaço de hospital tem de ter, pois “o hospital é um lugar onde não cabe o erro. Tudo tem que ser limpo, eficiente, sem falhas. Os profissionais que trabalham ali carregam o mesmo fardo, não podem falhar, têm a vida das pessoas nas mãos. Trabalho sério que muitas vezes se traduz ajuizado” (Saide *apud* Sanchez, 2011, p. 24). Nesse contexto, a presença do palhaço no serviço de pediatria traz muitas vantagens (Masetti, *apud* Sanchez 2011, p. 38), nomeadamente:

- **Ameniza o internamento ou o tratamento**, na medida em que distrai/atenua a dor aquando da aplicação de tratamentos invasivos, facilitação do processo/maior colaboração nos tratamentos.
- **Ameniza o impacto emocional negativo** – porque há ventilação emocional, diminuição da tristeza/depressão, redução do medo e da ansiedade.- **Recreação/ Lúdico** - O alegrar da criança, redução da percepção do tempo de espera. “Liberta” os pais; dá-lhes mais tempo para resolver outras questões.
- **Gestão emocional** – permite uma distração momentânea da doença, e é mais fácil lidar com a doença do filho; há alívio do stress/pressão; promove a qualidade da vivência hospitalar e da doença do filho/a; amenizar a experiência de hospitalização; transmite percepções mais positivas dos cuidados; há maior satisfação com o desempenho dos profissionais/qualidade dos serviços; há aumento do bem-estar dos filhos; se as crianças estiverem felizes, os pais ficarão/ estarão mais felizes e assim será mais fácil ajudar o filho a lidar com o internamento.

d) A musicoterapia

A música é um fenómeno natural de carácter intuitivo, próprio do ser humano. A música tem vindo a ser apontada como um recurso terapêutico complementar, de acordo com Sousa (2009/2010, p. 14):

Abrange dimensões físicas (através do relaxamento muscular alivia a ansiedade, a depressão a facilita a participação em actividades físicas); mentais e psicológicas (reforça a identidade, o autoconceito, promove a expressão verbal e favorece a fantasia); sociais

(promove a participação em grupo, o entretenimento e a discussão); Espirituais (facilita a expressão e o conforto espiritual, a expressão de dúvidas, raiva e de medo).

Tendo em ponderação que os indivíduos apresentam deficiências ou problemas físicos, afectivos, mentais ou de integração social, não será demais enfatizar a influência e o poder que caracterizam a música no desenvolvimento integral do ser humano. No que diz respeito à musicoterapia surgem diferentes conceitos: “A musicoterapia é um processo de intervenção sistemática, na qual o terapeuta ajuda o utente a obter a saúde através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas como as forças dinâmicas para a mudança” (Sousa 2009/ 2010, p. 14). Tendo em conta os poderes da música, ressalta (ibidem.) que “a musicoterapia pode utilizar apenas um som, recorrer a apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a criança crie sua própria música”. Tudo depende da disponibilidade e da vontade do utente e dos objectivos do musicoterapeuta. Segundo Sousa (2009/2010, p. 14):

A musicoterapia tem quatro funções fundamentais: serve de estímulo para um melhor desenvolvimento motor e cognitivo; favorece a expressão de sentimentos (é uma linguagem não verbal considerada também emocional); estimula o pensamento e a reflexão sobre a sua própria vida podendo desta forma levar à auto- realização pessoal; é um meio e forma de comunicação que estimula as habilidades sócio comunicativas e de interacção.

CAPITULO II – O PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Hesbeen (2006, p. 34) “a metodologia é o discurso que acompanha o caminho, é um dos aspectos fundamentais, uma vez que faculta ao investigador a estratégia que orientará todo o processo de pesquisa”. Ou seja, ela ajuda-nos a elaborar o nosso trabalho com mais clareza e coerência, na medida em que dá conta de “um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objectiva do conhecimento, de uma maneira sistemática” (Rodrigues, 2007, p. 3).

Neste capítulo descrevemos e explicamos o percurso metodológico feito para que pudéssemos realizar a nossa pesquisa com rigor científico em cada uma das etapas.

Trata-se de uma pesquisa descritiva porque “fornece informações sobre as características de pessoas, situações de grupo ou acontecimentos” (Fortin, 2009, p. 237), de natureza qualitativa que de acordo com Fortin (2009, p. 31) “a investigação qualitativa está associado a uma concepção holística do estudo dos seres humanos. Todas as investigações qualitativas tendem a ressaltarem o sentido ou significado que o fenómeno estudado reveste para os indivíduos.”

Foi realizado uma pesquisa que é um estudo de caso que segundo Yin, (1994, *apud* Fortin, 2009, p. 164) “consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização. É empreendido para responder às interrogações sobre um acontecimento ou fenómeno contemporâneo sobre o que existe pouco, ou nenhum controlo”. Assim, escolhemo-lo porque “o estudo de caso compreende duas aplicações: pode servir para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo e por ter o principal objectivo, a elaboração de hipóteses novas ou pode servir para estudar o efeito de uma mudança num indivíduo” (*ibidem*).

A partir do estudo de caso pretende-se estudar uma criança com a doença de meningite, com qualquer nacionalidade, admitida no serviço de pediatria do Hospital Batista de Sousa, na ilha de São Vicente, com idade compreendida entre 0 - 5 anos. Este estudo foi realizado durante o mês de Junho. E aplicado uma entrevista aos enfermeiros desse serviço sobre o cuidado com a criança com meningite.

1. A Recolha de Informação: os Métodos e os Instrumentos de Recolha

A colecta de informações ocorreu no mês de Junho de 2014 e para isso adoptámos a observação e a entrevista, “baseada na observação visual” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p. 196) da criança em isolamento no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, como métodos de recolha de informações.

Em relação à observação, utilizamos as duas variantes: a observação indirecta e directa.

Como dissemos anteriormente, o processo de recolha ocorreu no mês de Junho de 2014, todos os dias com a duração média de 1h por dia (havendo dias em que era ultrapassado e outros em que não era, porém a maior parte das vezes durava 1h).

Iniciamos o estudo de caso no campo empírico com a **observação indirecta** em que o investigador se dirige ao sujeito para obter informação procurada. Ao responder as perguntas o sujeito não intervém na produção de informação (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 163). Assim obtivemos informações junto aos médicos que acompanhavam a criança. Depois, utilizámos a observação directa porque usando grelhas de observação começámos a frequentar o espaço para recolher todas as informações importantes para a pesquisa ao consultarmos e a análise do processo clínico do paciente, no qual foram encontrados todos os dados referentes à evolução do paciente, bem como as informações referentes à sua identidade e sobre os seus pais.

De seguida, avançámos com a **observação directa**, que é aquela em que “o próprio investigador procede directamente a recolha de informação, sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela directamente ao sentido de observação” (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 163).

Criámos um guião de observação (Apêndice IV), os objectivos foram: descrever para compreender como são prestados cuidados de enfermagem a uma criança com meningite e ainda, caracterizar a área de isolamento para conhecer o contexto (físico) da área de isolamento. Só assim nos parecia possível verificar os efeitos dessa condição na criança, menor de 5 anos de idade. Nele podemos ver que existem indicadores e critérios de observação do espaço reservado para a observação da área de hospitalização e outros para observar a área de isolamento. Ao criarmos indicadores para essas duas áreas, a finalidade é perceber se existem diferenças no tratamento das crianças e enumerar as diferenças; se existe diferenças no números de enfermeiros que prestam

cuidados nessas duas áreas. Depois, surgem os indicadores e critérios que nos conduzem à observação dos enfermeiros que prestam cuidados à criança internada. Aí, à luz da teoria que refere as intervenções de enfermagem, a prestação de cuidados, as 14 NHF e o diagnóstico NANDA (Apêndice III) pudemos observar o desempenho dos enfermeiros e se realizavam todos procedimentos recomendados.

Ainda, para evitar erros de interpretação dos comportamentos observados e descritos, decidimos recorrer ao método da entrevista que é um método complementar da observação porque permite “efectuar um trabalho de investigação aprofundado, que, quando conduzido com a lucidez e as precauções necessárias, apresenta um grau de validade satisfatório” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p. 200).

Entrevistámos os enfermeiros de modo a confrontarmos o que foi observado e a real percepção dos enfermeiros em relação à forma como prestam/prestavam de cuidados à criança em isolamento, conforme pode ser verificado no guião (Apêndice V) que dá conta das perguntas-guias utilizadas. Escolhemos as entrevistas semi-directivas porque dispunha “de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p. 192).

Todo esse processo respeitou os preceitos éticos que têm de ser tidos em conta durante uma investigação científica, nomeadamente: a elaboração de um requerimento (Apêndice I) solicitando autorização para iniciar a pesquisa no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa; a assinatura de Termos de Consentimento Informado: um para a mãe da criança autorizar (Apêndice II, nº 2); outro destinado aos enfermeiros entrevistados (Apêndice II, nº 1). Comprometemo-nos a respeitar e a preservar a identidade de todos os participantes, por isso não utilizámos o nome das pessoas nem nada que os pudesse identificar. Informamos-lhes que embora tivessem decidido colaborar (pois assinaram os termos de consentimento informado) poderiam desistir a qualquer momento e que, se assim acontecesse, respeitaríamos a decisão.

O processo clínico da criança é a identificação da criança dentro do hospital contém todas as informações necessárias da mesma. É um meio de saber como ela se tem evoluído, que tratamentos foram realizados, o seu estado de saúde e ainda informações de contacto dos familiares. Também, a anamnese, o histórico actual e os anteriores contidos no processo clínico da criança, onde se pode encontrar tantos os médicos como os enfermeiros que a atenderam. Dirigida aos enfermeiros que trabalham nesse serviço, a finalidade dessa observação e entrevista foi caracterizar e compreender quais os cuidados de enfermagem prestada a uma criança com meningite e quais as

implicações dessa doença no desenvolvimento infantil na atenção básica à saúde de crianças menores de 5 anos de idade.

As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais, porque além de permitirem captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam, permitem também ao pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios (Giffoni s/d, p. 10). Enquanto as entrevistas semi-estruturadas para Manzini (1990/1991, p. 154) está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para (*ibid.*), “esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As observações dos cuidados de enfermagem a essa criança em estudo e a entrevista foram realizadas mediante esclarecimento sobre os objectivos da pesquisa, solicitação de participação e consentimento da mãe e dos enfermeiros, garantindo o sigilo dos dados colectados, além de ser informados a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Ao aceitar participar assinou o termo de consentimento. Foram respeitadas todos os aspectos éticos para a realização do estudo. No trabalho de campo, a observação e a entrevista estiveram voltadas para os cuidados de enfermagem a criança em estudo. No guião foi observado o espaço reservado a uma criança em isolamento, mas também, o espaço reservado às crianças hospitalizadas porque se pretendia verificar se há alguma diferença na prestação de cuidados às crianças hospitalizadas e as isoladas.

2. O Tratamento de Dados

Para todas as informações recolhidas adoptámos o método de análise de conteúdo que complementa os métodos utilizados para a recolha de informações e é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009, p. 44).

Da leitura do processo clínico da criança “X” foi-nos possível recolher informações sobre a criança dentro do hospital contém todas as informações necessárias da mesma. E um meio de saber como ela se tem evoluído, que tratamentos foram realizados, o seu estado de saúde e ainda informações de contacto dos familiares. A partir dele pudemos saber como ela se tem evoluía, que tratamento seguia, o seu estado de saúde e ainda informações de contacto dos familiares.

Da observação directa conseguimos caracterizar o campo empírico e ainda informações relativas ao desempenho dos enfermeiros. Obtivemos dados do exame físico, possíveis intervenções de enfermagem possibilitando a identificação de possíveis anormais, administração dos medicamentos, a prestação de apoio á criança e á família, cuidados de enfermagem para a diminuição do impacto do isolamento na criança, verificação dos sinais vitais, cuidados gerais de enfermagem e constava, também, de um item que fazia referência às reacções demonstradas pela acompanhante da criança durante a internação.

Após a leitura atenta da transcrição das entrevistas semi-estruturada, prosseguimos com a análise do conteúdo delas e encontrámos as categorias que se seguem:

- ✓ Categoria 1 - implicações do isolamento
- ✓ Categoria 2 - cuidados de enfermagem

3. A Apresentação dos Resultados

Para a apresentação dos resultados, seguimos a sequência: 1) resultado da observação indirecta, que permitiu identificar a criança e o seu estado de saúde; 2) resultados da observação directa, em primeiro lugar a caracterização do campo empírico (o Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa) e em segundo lugar as intervenções de enfermagem; 3) resultado das entrevistas, primeiro a categoria 1 depois a categoria 2.

A partir das entrevistas, pude conhecer as percepções dos enfermeiros em relação à prestação de cuidados a uma criança com uma doença infecto-contagiosa.

3.1 Os resultados obtidos a partir da observação indirecta

A partir do Processo Clínico da criança, documento que identifica a criança, a sua família e todas as intervenções da equipa que acompanha a criança, constituída por médicos e enfermeiros foi-nos possível conhecer:

1º A anamnese

Carinho, com 3 anos de idade, nasceu de uma gravidez de 38 semanas por parto normal com APGAR de oito no primeiro minuto e nove no quinto, com um peso de 3,115 kg comprimento de 48 cm e perímetro cefálico de 34 cm, neste momento tem as vacinas em dia. Durante a gravidez, a mãe realizou quatro consultas pré - natal. Tem pais saudáveis sem registo de doenças grave.

Carinho é natural de nossa Senhora da Luz, tem atestado de pobreza, reside numa outra ilha. Deu entrada na enfermaria da pediatria no dia 27 de Maio, às 16 horas proveniente do banco de urgência do Serviço de Pediatria, após ter sido evacuado da ilha onde reside.

Em 2012, esteve internada no hospital da ilha onde reside por ter um traumatismo no pé esquerdo e também por ter diarreia e febre onde teve uma baixa de peso.

Em meados do mês de Maio de 2014, foi internada por apresentar um traumatismo craniano, provocada por uma queda accidental.

2º O diagnóstico médico à entrada:

Identificou-o com meningite bacteriana porque segundo a mãe de Carinho, antes de ser evacuado, esteve 15 dias internada e nos últimos três dias mantinha febre elevada; tinha vômitos, pelo menos dois a três episódios por dia; tinha cefaleia que fora evoluindo ao longo dos dias do internamento. Perante este quadro clínico, foi-lhe diagnosticada uma meningite bacteriana.

À entrada foram-lhe feitos diagnósticos físicos e apresentava mal-estar geral grave. Estava irritada e febril, não tinha convulsões, tinha dispneia grave e estava sonolenta. A sua temperatura corporal oscilava entre os 36º e os 38 °C. Tinha-lhe sido feita a higiene adequada e estava bem vestida; tinha couro cabeludo íntegro; os cabelos tinham a coloração preta e estava bem distribuído.

3º As análises realizadas:

Foram-lhe realizadas as seguintes análises:

- Um **hemograma** e foram encontrados os seguintes resultados: Leucócitos 19×10^9 ; Glicose 119 mg/dl; Neutrófilos 91,9%; Hemoglobina 10,4; Hematócrito 31,5 g/dl; Eritrócitos 55mm.
- Uma **punção lombar**, que permitiu verificar que o líquido cefalorraquidiano tinha aspecto muito traumático, turvo, presença de inúmeros eritrócitos, leucócitos 8 /mm³. Gram directo predomina linfócitos.
- Uma **Tomografia Axial Computada (TAC)**, possibilitou a identificação de uma lesão na fossa temporal direito, ou seja, foi identificada uma imagem hipo densa da densidade da água que ocupa a fossa temporal direito.

4º A terapêutica prescrita durante o isolamento da criança

O médico prescreveu-lhe uma terapêutica que teria de ser feita durante o período de internamento, que ia de 27 de Maio de 2014 a 26 de Junho de 2014, apresentada na tabela que se segue.

Tabela 1 - A terapêutica prescrita durante o isolamento da criança

27 a 31 de Maio	1 a 4 de Junho	5 a 7 de Junho	8 a 26 de Junho
Dextrose (soro composto) 5% 400 ml com NACL 4,4ml e KCL 13 ml de 12/12h.	Dextrose (soro composto) mantém-se.	Ibuprofeno (anti-inflamatório, analgésico, antitérmico) 7,5 ml VO 8/8h	Gloconato ferroso (suplemento alimentar).
Ceftriaxona (antibiótico) 1 g IV.	Aciclovir (antiviral) 250 mg 8/8h diluído a 10 ml de água destilada e retirar 6ml e re-diluído em 50 ml de soro fisiológico a 0,9 % passar em 1 hora IV	Ceftriaxona (antibiótico) 12/12h IV	Vitamina c (antioxidante) 13 Gotas VO
Manitol (diurético osmótico) 20% 15 ml 4/4h IV	Ceftriaxona (antibiótico) mantém-se	Diazepam (ansiolítico) mantém-se	Ácido fólico (suplemento alimentar) ¼ CP VO
Dexametazona (corticoide) 6 mg IV 6/6h	Fenobarbital (anti convulsivante, hipnótico, sedativo) 45mg por dia VO	Gloconato ferroso (suplemento alimentar) 6,5 ml VO	

Fenobarbital (anti convulsivante, hipnótico, sedativo) 0,7 ml IM 12/12h	Diazepam (ansiolítico) mantém	Vitamina C (antioxidante) 13 gotas por dia VO	
Diazepam (ansiolítico) se convulsão 0.9 ml IV	Manitol (diurético osmótico) 10 ml 4/4h IV	Acido fólico (suplemento alimentar) ½ comprimido VO por dia	
Fenitoína (anti convulsivante) 1 ml com 10 ml de soro fisiológico 0,9 % 8/8h lento IV			

Fonte: elaboração própria

5º O registo de saída

Indicava que no dia 26/06/2014 a criança teve alta. O diagnóstico médico feito à saída do hospital indicava a presença de meningite bacteriana e ainda a existência de outras doenças coexistentes: a varicela-zóster, distúrbio de equilíbrio por sequela meníngeo, lesão temporal direito.

3.2 Os resultados obtidos a partir da observação directa

Nesta parte do trabalho descrevemos, no ponto 1 o espaço físico do Hospital Baptista de Sousa onde fica o Serviço de Pediatria, desde o banco de urgência, à hospitalização e ao isolamento de utentes em estado grave e/ou com doenças infecto-contagiosas bem como o seu funcionamento. No Ponto 2 descrevemos como é feita a intervenção dos enfermeiros durante a prestação de cuidados à paciente isolada com meningite.

✓ Ponto 1 – o campo empírico

A caracterização do Serviço de Pediatria foi feita a partir do guião de observação porque não havia documentação necessária com a sua descrição. É constituído pelo **serviço de banco de urgência**, que dispõe de um serviço de recepção, onde são recolhidos os dados do utente; **a sala da espera** com dois banheiros, um quarto onde os utentes ficam em observação; **a sala de tratamentos**, onde são realizadas actividades como a cateterização periférica, a soroterapia, os curativos, as injeções, etc.; há **o serviço da enfermaria**, que é constituído por um quarto para a prestação de cuidados a utentes com diarreia e vómitos, um quarto para atender utentes com outras doenças e

dois quartos para isolamentos, um **quarto para os familiares**, uma **cozinha**, um refeitório onde são também realizadas algumas brincadeiras e um parque de diversão. Há também duas **salas para as consultas médicas** e uma **sala para os médicos**.

O serviço de pediatria funciona vinte e quatro horas por dia. O serviço tem profissionais que trabalham por turnos (de manhã, à tarde e à noite). Nos períodos da manhã, o serviço dispõe de duas enfermeiras (e às vezes três), uma enfermeira chefe e a (s) enfermeira (s) de turno. À tarde e à noite há sempre uma enfermeira e um auxiliar de serviços disponíveis. Quanto à presença/acompanhamento de médicos, verificámos que, o turno de manhã pode ter até quatro médicos, à tarde há dois e à noite há apenas um médico. Existe uma animadora infantil no serviço, que trabalha no período de manhã.

Foi possível verificar que o espaço para crianças em hospitalização e isolamento são comuns. Todos os espaços têm a mesma acessibilidade e comodidade. Existem 3 quartos para as hospitalizações e 2 para isolamentos, enquanto, um quarto de hospitalização pode ter até 8 crianças, o isolamento pode ter até 3 (conforme o número de berçários no quarto), não se encontram decoradas (pintadas com a cor branca e cinza, com portas e janelas de cor verde escura). As decorações existentes estão só nos corredores e no refeitório.

Partilham os mesmos recursos humanos. Existem poucos materiais ergonómicos e poucos materiais didácticos e muitas vezes não se encontram ao alcance das crianças. Em relação à alimentação, são feitas 5 refeições por dia, de acordo com as possibilidades do hospital. O Serviço disponha de uma animadora infantil mas, não se verificou a realização de nenhuma actividade lúdica. Na administração dos medicamentos os enfermeiros têm a responsabilidade de explicar a medicação à criança e aí desenvolvem uma pequena conversa para entreter a criança e distraí-la durante o procedimento. A falta de condições de trabalho (materiais e equipamentos) deixa os enfermeiros muitas vezes desprotegidos. Para a diversão das crianças existe um parque, mas se encontra abandonado e sem condições para tal. Não existe nenhum tipo de materiais audiovisuais.

No quarto de isolamento onde foi observada a criança, existem dois berçários e uma cama, se pode verificar poucos brinquedos, não há materiais didácticos, não existem materiais ergonómicos, não é decorado, os enfermeiros permanecem pouco tempo no quarto, para visitas e para administrar a medicação. Não foi verificado actividades lúdicas para qualquer criança. Quer isto dizer, que este quarto não é frequentado com a regularidade visível nas outras partes desse serviço, onde é frequente

ver os enfermeiros entrarem apenas para brincar com as crianças, ou aconchegá-las quando se mostram tristes. Muitas vezes os enfermeiros estão condicionados pela falta de tempo por estarem sempre muito ocupados, porque são poucos para muitas crianças.

✓ **Ponto 2 – a intervenção dos enfermeiros durante a prestação de cuidados**

Nesta parte mostramos como é feita a intervenções dos enfermeiros durante a prestação de cuidados

Podemos começar por revelar que a intervenção dos enfermeiros que prestavam cuidados à criança em isolamento incidiam sobre: a aplicação de injeções, fazer suturas, aberturas e drenagem de abscessos, fazer curativos, a colocação da sonda nasogástrica, canalização de veias, a administração de oxigénio, aplicação/utilização do aerossol, vigiar os doentes, cumprir toda a terapêutica prescrita pelo médico, fazer todos os registos de enfermagem, e proceder com a medição dos sinais vitais. Para além desses, faz parte do seu trabalho fazer o diagnóstico de enfermagem NANDA, aplicadas ao longo à criança com meningite no serviço de pediatria do HBS que numa criança com meningite debruça-se: a nutrição, o potencial para infeções, a hipertermia, a troca de gases prejudicada, o padrão respiratório ineficaz, o potencial para trauma, o Isolamento social, o processo familiar alterado, a mobilidade física prejudicada, o *deficit* de lazer, a dor. Isto porque assim poderá prestar cuidados eficazes e eficientes uma vez que incide sobre as características definidoras e sobre os factores relacionados, conforme a tabela apresentada no anexo III.

3.3 Os resultados obtidos a partir das entrevistas

Foram entrevistados 5 enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital Batista de Sousa com idade compreendida entre os 31 anos a 46 anos, todos do sexo feminino, com tempo de serviço compreendido entre 1 a 22 anos. Quase todos estudaram na escola de Enfermagem Hugo de Barros e quase todos têm o grau de licenciatura em enfermagem. A entrevista durou entre 15 a 20 minutos cada.

Da análise das entrevistas feitas emergiram duas categorias:

- ✓ **Categoria 1** – as implicações do isolamento como uma barreira física e social e causador do stress.

Ao responderem às perguntas os enfermeiros na sua maioria falam da necessidade do aumento dos recursos humanos e a humanização dos cuidados de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados e o uso do brinquedo terapêutico.

Estas limitações identificadas condicionam a prestação de cuidados às crianças em isolamento.

Enfermeiro 1: ... *criar condições para aumento dos recursos humanos.*

... *No caso de falta dos equipamentos causa constrangimentos.*

Enfermeiro 2: criando recursos humanos, adquirir equipamentos.

Falam também da ausência do contacto físico com uma criança em isolamento como uma clara desvantagem e o que o condiciona é a falta de equipamentos adequados, o que causa constrangimentos na prestação dos cuidados. É também consequência da falta de enfermeiros, como podemos ver nos excertos das entrevistas que se seguem

Enfermeiro 5: *criando condição para profissionais de saúde e principalmente para os pais para que possam dar melhor acompanhamento aos seus filhos.*

Enfermeiro 2: *é uma grande desvantagem estando doentes precisam de carinho, afecto, enfim de cuidados é importante reunir o máximo de condições, para se poder dar o máximo de calor humano e de conforto.*

Afirmam que sempre há um receio de cuidar de uma criança com qualquer doença infecto-contagiosa, mas com as devidas precauções e com devidos equipamentos não há nenhum problema em cuidar dessa criança. A falta de condições pode estar relacionada com os receios dos enfermeiros.

Enfermeiro 2: *No fundo não passa de uma criança também sente falta de carinho afecto e amor como qualquer outra criança. Uma vez que está isolada faz com que se sinta só o que requer um apoio redobrado de todos os profissionais de saúde.*

Enfermeiro 3: *sempre existe um receio em contrair a doença, mas trato mesmo assim e toma as precauções.*

Enfermeiro 5: *receio há sempre, mas desde que se ponha em segurança em primeiro lugar tanto do paciente como o profissional.*

- ✓ **Categoria 2** - cuidados de enfermagem que cuidados os enfermeiros têm em relação a uma criança com meningite.

Os enfermeiros afirmam que se sentem preparados para cuidar de uma criança com meningite desde que, a estrutura de saúde reúna as mínimas condições de trabalho para cuidar desses tipos de doença. A falta de material e equipamentos, a pouca formação, os poucos recursos humanos, falta de equipamentos ergonómicos; falta de condições do espaço, são as dificuldades encontradas ao tratar de uma criança com meningite. Sendo poucos os enfermeiros para cuidar de muitas crianças, a falta de tempo, faz com que sobre muito pouco tempo para brincar com as crianças, mas mesmo assim brincar com uma criança com meningite é diferente de brincar com outra criança, visto que há o risco de contágio.

A falta de recursos materiais faz com que as precauções de segurança sejam precárias ou mesmo inexistentes para se protegerem. Ou seja, há falta de condições de segurança.

Mas, fazem o possível para se protegerem e proteger as crianças e prestar um cuidado humanizado, dando o seu apoio e mostrando segurança à criança em isolamento.

Enfermeiro5: sendo uma doença contagiosa há que ter condições de *trabalho*

Enfermeiro 2: *sim, sempre todo o cuidado e pouco quando se trata de colocar a sua saúde em risco. Mas em muitos casos existe a falta de equipamentos o que influencia e condiciona o nosso desempenho*

Enfermeiro 4: *toma-se as precauções sim mas, condicionado pela falta de equipamentos.*

4. A Interpretação dos Resultados

A interpretação será realizada a partir dos três resultados apresentados anteriormente, os resultados das entrevistas, os resultados da observação indirecta e os resultados da observação directa. Esses dados foram obtidos no serviço de pediatria do Hospital Batista de Sousa.

Na aplicação da entrevista verificámos que a falta de recursos humanos e matérias condicionam o desempenho dos enfermeiros. Causando constrangimentos e limitando a humanização dos cuidados de enfermagem. Todos os entrevistados disseram sempre a mesma coisa. As condições em que trabalham condicionam o desempenho dos enfermeiros.

Para diminuir as implicações do isolamento é necessário humanizarmos os cuidados de enfermagem, o uso do brinquedo terapêutico, a falta de equipamentos é um dos factores que condiciona o contacto físico e cria um certo receio e constrangimentos aos enfermeiros. Ao longo dos ensinamentos clínicos foram observadas como reage uma criança em isolamento e porque não se entra com frequência no quarto de isolamento. Ao procurar respostas, deparamos com os receios e constrangimentos dos enfermeiros, tudo influenciado pela falta de recursos humanos e materiais.

Os enfermeiros estão preparados para trabalhar com doenças infecto-contagiosas, só que o seu trabalho não é desempenhado com mais rigor devido à falta de condições, o que torna o cuidado de enfermagem, um cuidado improvisado, menos humanizado, com riscos para a saúde dos enfermeiros. Ora, o isolamento cria uma barreira física e social entre a criança e o mundo externo. Nesse sentido, consta que são necessárias para a equipa de enfermagem algumas estratégias de cuidado para minimizar o stress da criança, da sua mãe e da própria equipa de saúde numa tentativa de ultrapassarem as barreiras do isolamento sem quebrar o isolamento. Percebe-se, então, que o fato de ter uma doença contagiosa já constitui uma experiência traumática, ser ainda internado em uma unidade de isolamento faz com que criança perceba a sua situação como negativa.

O contacto diário da criança com as pessoas ocorria, essencialmente, em dois momentos: quando o médico o consultava, todas as manhãs, e quando a equipa de enfermagem ia administrar as medicações (essencialmente nessas ocasiões). Quer isso dizer, que nesse quarto não era frequentado com a regularidade visível nas outras partes desse serviço, onde é frequente ver os enfermeiros entrarem apenas para brincar com as crianças, ou aconchegá-las quando se mostram tristes. Entende-se que são precisas precauções, porém não se compreende o porquê desse isolamento afectivo (que quase lembra um isolamento).

Nesse sentido, consta que são necessárias para a equipa de enfermagem algumas estratégias de cuidado para minimizar o stress da criança, da sua mãe e da própria

equipa de saúde numa tentativa de ultrapassarem as barreiras do isolamento sem quebrar o isolamento.

Em relação à evolução da criança internada, graças a Deus, era um caso grave de infecção por meningite que foi superado com sucesso. Logo, a pesquisa tornou-se muito importante para proporcionar uma humanização dos cuidados, melhorando o cuidado de enfermagem perante a criança, pois, está fragilizada com a doença e mais ainda com o isolamento.

A forma de proceder dos profissionais de enfermagem, de não entrar com frequência nos quartos de isolamento, pode estar relacionada à falta de tempo. Porém, há que se considerar também alguns receios de os profissionais se contaminarem ao entrar em contacto com a criança no isolamento.

A equipa de enfermagem assumiu um papel de importância nessa situação, pois, além de ter que lidar com seus próprios medos e anseios, frente ao risco de adquirir a doença, precisou lidar com os novos anseios, reacções e necessidades especiais de cuidado à criança e à sua mãe e vimos o reflexo dessa situação nas outras mães das crianças internadas nessa mesma enfermaria, que também apresentaram medo e curiosidades com relação à criança isolada.

Constámos que são necessárias para a equipa de enfermagem algumas estratégias de cuidado para minimizar o stress da criança, da sua mãe e da própria equipa de saúde numa tentativa de ultrapassarem as implicações do isolamento sem quebrar o isolamento. Porém, a falta de recursos humanos limita toda a criatividade e intervenções dessa natureza.

A partir do estudo da criança identificámos as seguintes necessidades humanas fundamentais sobre as quais se desenrolam os cuidados de enfermagem e que estão afectadas e não podem ser realizadas pela criança com meningite:

- ❖ Respirar normalmente: Essa necessidade encontra-se afectada pela dificuldade que a criança tinha em respirar e com dispneia grave. Foi corrigida com a realização da oxigenoterapia.
- ❖ Comer e beber de forma adequada: devido aos episódios de vômitos repetitivos, tudo que ele ingeria provocava vômitos. Tiveram de lhe suspender a via oral.
- ❖ Movimentar-se e manter a postura correta: com o mal-estar geral e com a fraqueza dos músculos, a criança apresenta dificuldades em movimentar

e não conseguia manter a postura correta pela falta de força dos músculos inferiores.

- ❖ Manter a temperatura corporal dentro de valores normais mediante a selecção de roupa e modificação de ambiente: devido aos efeitos da infecção causadas pela doença, a temperatura corporal da criança apresentava um valor instável, oscilava entre valores ora normais ora anormais.

A criança revela ter as seguintes necessidades, que não foram satisfeitas por estar em isolamento:

- ❖ Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, e opiniões;
- ❖ Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
- ❖ Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

Em relação à evolução da criança internada, era um caso grave de infecção por meningite bacteriana, que foi superado com sucesso. A criança esteve um mês internada e isolada. Logo, a pesquisa tornou-se muito importante para proporcionar uma humanização dos cuidados, melhorando o cuidado de enfermagem perante o paciente, pois, está fragilizado com a doença e mais ainda com o isolamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da monografia permitiu obter momentos de grande reflexão sobre o tema escolhido e permitiu ampliar conhecimentos esperados sobre a doença e também cuidados e intervenções que devem ser concedidos em qualquer outra situação na profissão de enfermagem e permitiu fruir ideias que podem vir a ser úteis no futuro enquanto profissional de enfermagem. Desde modo foi muito gratificante a realização do trabalho e permitiu-nos tecer algumas considerações finais.

A enfermagem como a arte está relacionada com o cuidado do utente, durante períodos de internamento e todas as suas intervenções vão no sentido de o utente conseguir a melhoria de saúde que, por outras palavras: ser capaz de se cuidar de forma espontânea, ou seja, é capaz de fazer as 14 NHF autonomamente.

A meningite é uma doença infecto-contagiosa que ocorre na maioria das vezes em crianças. É uma doença que atinge as meninges e o líquido cefalorraquidiano. Devido à sua diversidade, pode apresentar-se de forma grave e quando não tratada adequadamente pode levar a complicações graves e deixar sequelas.

A criança com a doença de meningite precisa de cuidados e a enfermagem como arte e ciência do cuidar possui intervenções que permitem a satisfação das necessidades básicas fundamentais com os seus conhecimentos teórico-práticos. As intervenções/cuidados de enfermagem são prestados a nível físico, psíquico e emocional tanto para a criança como para a sua família.

Os cuidados de enfermagem prestados a crianças com doença de meningite, leva o enfermeiro a criar uma relação com ela e a sua família, o que torna extremamente importante no tratamento e na recuperação da criança. A comunicação é importante para que essa relação se torne saudável tanto para o enfermeiro como para a criança e para a sua família. Outra componente importante na recuperação da criança é a presença da sua família durante todo o internamento. A participação da família no tratamento faz com que a recuperação seja mais rápida.

Uma das preocupações da enfermagem é a humanização dos seus cuidados. Tratar o utente com respeito e dignidade, visto que se encontra hospitalizado e desde modo fragilizado. A criança com a doença de meningite quando hospitalizada encontra-se no serviço de isolamento. Isto faz que, a criança e a sua família se encontrem vulneráveis com a situação, desde modo, necessitam de apoios. Ora, a intervenção de enfermeiros é

feita com base nos conhecimentos que possui e na sua capacidade de prestar cuidados com eficácia, eficiência e humanizadas. Para isso, existem estratégias de intervenção para diminuir os efeitos da hospitalização/ isolamento.

Em relação à criação de ambientes descontraídos e de diversão, sabemos que o HBS realizou recentemente um *workshop* com um palhaço (Remédio do Riso), para os seus profissionais com intuito de criar Doutores Palhaços. O Palhaço Enano afirma que vai trazer o remédio de riso para Cabo Verde. Isso revela que o hospital está a criar condições para que isso aconteça.

Na realização do estudo de caso, foi possível perceber que conforme a gravidade da doença, assim são as complicações do mesmo. Um factor bastante visível durante o internamento é o isolamento da criança, que provoca um elevado grau de stresse e de depressão tanto para a criança como para a mãe (e que agravou depois do aparecimento da sequela provocada pela doença).

Para minimizar esses factores que alteram o bem-estar da criança é da competência da enfermagem estar capacitada para lidar com esses acontecimentos, para que os cuidados sejam de qualidade e melhorar a condição de vida do utente.

Na realização da entrevista dirigida aos enfermeiros, verificámos que a falta de recursos humanos e materiais condicionam o desempenho dos enfermeiros frente a uma criança com uma doença infecto-contagiosa.

Ao longo da realização deste estudo, deparámos com obstáculos e limitações, tais como a escassa bibliografia disponível. Mas com esforço e dedicação, pensamos ter ultrapassado essa barreira e alcançado os objectivos do trabalho. E espero que o este trabalho contribua para o desenvolvimento das competências profissionais de enfermagem de modo a humanizarem a prestação de cuidados.

É indispensável reflectir a nossa prática diariamente, reavaliar o nosso comportamento a partir das inúmeras responsabilidades que nos são confiadas, assim como o conjunto de valores e motivações para o trabalho, podendo desta forma alcançar a excelência profissional. Florense realça que, os sentimentos se perdem nas palavras e que todos deveriam ser transformados em acções, em acções que trouxessem resultados.

Por isso, para terminar, apresentámos algumas propostas que considerámos importantes e quiçá um dia sejam realizadas:

- O serviço de pediatria é o local onde, o paciente é internado e passa a maior parte do tempo, por isso deve-se ter atenção especial aos elementos que constituem o ambiente para minimizar os efeitos da internação hospitalar que,

para a criança é um momento de difícil aceitação. Para isso sugerimos: Decorar os quartos, as portas e as janelas, assim o espaço fica mais alegre, com mais vida e acolhedor para a criança e a sua família. Poderão incluir a estimulação do brinquedo terapêutico, o uso da musicoterapia no serviço da pediatria e apostar nas novas tecnologias (DVD, rádio, TV, videojogos), conforme as possibilidades do hospital, porque são os passatempos mais importantes na vida de crianças e permitem-na divertir e descontraír. É uma forma de entretenimento para a criança.

- O cuidado do paciente, durante períodos de internamento ajuda no máximo para que se atinja a melhoria de saúde. Para isso sugerimos: um horário para médicos, enfermeiros e familiares capazes de gerir as visitas e o atendimento que permita o acompanhamento articulado entre a família e a equipa que lhe presta cuidados. Por outras palavras, cada profissional de saúde estabelece uma hora diferente para visitar a criança em isolamento, assim ela pode ter várias visitas no mesmo dia e isso pode diminuir os efeitos do isolamento.

- Informar o paciente e a sua família sobre os possíveis recursos em relação ao apoio dos profissionais de saúde e promover estreitamento das relações entre os profissionais de saúde, a criança e a sua família, com todos os métodos de segurança, visto que é uma doença infecto-contagiosa. Isto proporcionará um internamento menos traumático para a criança doente, mais humanizado.

- A brincadeira é a melhor forma de animar uma criança. Por isso, poderão ser criadas condições dentro dos quartos de isolamento para que a criança brinque e diverte mesmo que seja sozinha e estimulada por um profissional.

- A criação de paredes de vidro para a separação da hospitalização do isolamento, em vez das paredes que já existem no serviço e que impedem a criança de socializar com as outras, através do contacto visual. Isso fazia com que a criança sentisse menos sozinha vendo as outras crianças (Rocha, 2008 p. 34).

- As paredes do serviço de pediatria são pintadas de cor branca. Sendo um serviço onde se cuida de crianças deveria ser mais colorido, com cores que

desperta a atenção das crianças, por exemplo em vez da cor branca, pintar de cor amarelada, fica com um ar mais feliz e mais divertido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASCENÇÃO, Helena Sofia da Silva (2010). “Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente”. (Online): <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/269142/1/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>. 08/05/2014. (25- 36).
- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson D. Lunardi (2006). “A humanização hospitalar como expressão da ética.” (Online): <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>, 02/07/2014. (132- 135).
- BARDIN, L. (2009). *Análise de Conteúdo de uma Entrevista Semi- Estruturada*. Lisboa: Edições 70, 44
- BERMEJO, Carlos José, (2008). Humanizar a saúde. Cuidado, relações e valores. Editora Vozes. (49-51).
- BLACK, Joyce M. e JACOBS Esther M. Luckmann e Sorensen – Enfermagem Medico-cirúrgica- uma abordagem Psicológica. 4ª Edição, vol. I, Editora Guanabara Koogan S.A. (7- 29).
- BRIGA, Sónia Cristina Pinto (2010). “A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente”. (Online): [Httprepositorioaberto.up.pt/bitstream10216269142Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/269142/1/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf). 16/07/2014, (18- 25).
- CARPENITTO, L. J. (2002). Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, (30- 33).
- CARVALHO, Maria Manuela Montenuza de. (1997). A enfermagem e o humanismo. Braga, Lusociência, (25- 39).
- CINTRA, Sílvia Maira Pereira (2006). “O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nas Escolas de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo”. Revista Brasileira de Enfermagem; (Online): <http://www.scielo.br/pdf/revbenv59n4a05v59n412/08/2014>, (497- 501).
- CLARKE, Margaret (1977). Enfermagem Geral I. Edições Europa- América, Lda. (6- 93).
- CLEIDEN, Tom, LISSAUR Graham (2007), “Infecção”. In Cleiden. Manual Ilustrado de Pediatria. 3ª Edição, Editora Elsevier. (237- 242).

COELHO, Mário (1996). Urgências Pediátricas e casuística do hospital de Dona Estefânia. 1ª Edição, Lisboa, edições ASA, Lda. (25- 30).

COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. de; VIERA, Claudia S 2002..Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB, (55-63)

CORDEIRO, Adriana Patrícia (2011). “Humanização ao paciente em isolamento hospitalar.” (Online): http://www.unisa.br/pesquisa/ci_14/docs/3204_3177.pdf, 03/08/2014, (10- 25).

CORDEIRO, Mário (2010). O livro da criança (de 1-5 anos). 5ª Edição, Lisboa, a esfera dos livros-ed., (692- 699).

COSBY, Courtney. (2001). “Urgências Pediátricas”. In Susan Sheehy. Enfermagem de Urgência. 4ª Edição, Lusociência. (765 – 787).

DAVIS, L. E. (2003). Infecções do Sistema Nervoso Central. 4ª Edição. São Paulo, (397- 401).

Diretoria de vigilância epidemiológica (s/d). “Fique atento aos sintomas de meningite”. Secretaria do estado de Santa Catarina. (Online): <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/folder%20meningite.pdf> 12/08/2014, (3- 5)

DUNCOMBEE, Margaret, WELLER, Barbara (s/d). Enfermagem pediátrica II. 7ª Edição, ed-Gráfica Europam Lda. (150- 159).

FAQUINELLO Paula, HIGARASHI Ieda Harumi, MARCON Sônia Silva. (2007). “O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada”. (Online): <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4a04v16n4.pdf>, 12/06/2014 (600- 613).

FORTIN Marie-Fabienne (2009). “Os estudos de tipo descritivo”. In Duhamel e Fortin Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta, (164- 165).

GIFFONI, Regina Maria. (s/d). Orientações Básicas para a Pesquisa. (online): Marsiglia http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf. 10-18

HESBEEN, Walter (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento. Lusociência, (30- 35).

HESBEEN, Walter (1997). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, (35- 37).

HOCKENBERRY, Marilin J. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição, elsevier editora Lda. (433- 440).

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; RAMOS, Sônia Regina Testa Silva; SZALTER, Vanderlei Wilson. (s/d). “Protocolos de meningites”. (Online): http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_meningites_1254773684.pdf, 08/09/2014 (1- 8).

ISSELBACHERR, kurt J. (1984). Harrison Medicina Interna. Editora MC Graw-Hill 13ª edição vol. I. (674- 675).

LISSAUER, Tom, CLEYDEN, Graham (2009). “Cuidados com a criança enferma”. In Tom Lissauer, Graham Cleyden. Pediatria. Elsevier Ltda. (51-58).

MACHADO, L. R.; GOMES, H. R. (2003). “Processos Infeciosos do sistema nervoso”. In: R. Nitrini, L. A. Bacheschi. A neurologia que todo médico deve saber. 2ª Ed. São Paulo. (205-234).

MACHADO, Mariana Monici de Paula; MARTINS, Dinorah Gioia. 2002. A criança hospitalizada: espaço potencial e palhaço. Boletim de iniciação científica em psicologia. 34-52

McCloskey, Joanne C., Bulechek, Gloria M. 2004. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 3ª edição. Artmed. Brasil

MARCELINO, Jorge. (2005). “Doenças comuns e lesões”. Secretaria do estado de Santa Catarina. (Online): <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/folder%20meningite.pdf> 12/08/2014. (3, 56- 104)

MANZINI, E. J. 1990/1991. A entrevista na pesquisa social. Didáctica, São Paulo, 149-158.

MARION, José Carlos (2002). Análise de demonstração de contabilidade empresarial. 2ª Edição. São Paulo, Atlas. 38

MOREIRA, Dr. Virgílio (1986). A criança dos dois aos seis anos. Lisboa, Editorial Caminho, SARL, (153- 175).

MORLEY, David (1980). “Enfermagem”. In David Morley. Pediatria no mundo desenvolvimento- prioridades. Edições Paulinas. (245- 258).

NÓBREGA Maria M. L. da; GARCIA Telma Ribeiro (1992). *Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE*. João pessoa-PB. (9- 43).

PELLINI, A. C. G. et al. “Investigação de surto de meningite viral – município de São Joaquim da Barra (São Paulo) ”. Boletim Epidemiológico Paulista, 2004, ano 1, nº 7. (Online): http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa7_mv.htm. 12/08/2014. (9-19).

PINHEIRO Renata, (2008), “Sinais e Sintomas”. (Online): <http://renatapinheiro.com/sinais-x-sintomas/>, 17-03-2014. (10- 15)

POTTER, patricia A.; PERRY, Anne Griffin. (2006). Fundamentos da enfermagem. Conceitos e procedimentos. 5ª Edição. Lusociência. (54- 60)

POZEBOM Nildete Vargas (2009). “A comunicação terapêutica entre a equipa de enfermagem e os familiares do paciente hospitalizado”. (Online): <httpwww.lume.ufrgs.br/bitstreamhandle1018324329000746787.pdfsequence=1>. 17/07/2014, (11-13)

QUEIROZ Carla Palhares, 2010. “Atenção a saúde da criança”. São Paulo. (Online): www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br. (54- 60)

QUIVY, Raimond CAMPENHOUDT Lucvan. 2005. Manual de Investigação em ciências sociais. 4 ed. Gradiva. (155- 207)

REDONDEIRO, Maria Emília F. R. (2003). “O Quotidiano Hospitalar da Criança Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento”. Braga, (Online): httpsrepositorium.sdum.uminho.pt/bitstream182279921Disserta%C3%A7%C3%A3o_E m%C3%ADliaRedondeiro.pdf 01/08/2014. (21- 64)

Relatório Estatístico 2011 - Ministério da Saúde da República de Cabo Verde- (online) apps.unep.org...-Relatório%20Estatístico%202010%20-%20Ministério%20

REGIS, Vitoria L.F. (2006). “A equipe de enfermagem e suas (in) satisfações no trabalho em cenários hospitalares”. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. (Online): www.ee.usp.br/reeusp/, 04/08/2014 (560- 565).

REGIS, Vitoria, PORTO, Isaura Setenta. (2011). “Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho”. (Online): <httpwww.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a04.pdf>, 04/08/2014, (335- 336).

REQUEJO, Henry I. Z. (2005). “A Meningite Meningocócica no Mundo. Dois Séculos de História das Epidemias”. Edições Inteligentes, São Paulo. (Online): [Httpwww.newslab.com.bred_antiores73art01.pdf](httpwww.newslab.com.bred_antiores73art01.pdf), 21/07/2014 (70- 75)

Remédios do Riso. Mindelact 2014 RCV, (online): http://www.rtc.cv/index.php?paginas=45&id_cod=35532

RIBEIRO, Patrícia de Jesus; SABATÉS, Ana Llonch; RIBEIRO, Circéa Amália (2001). “Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue”. (Online) <httpwww.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a15.pdf>. 12/08/2014 (420- 428)

ROCHA, Márcia Matos Brandão. 2008. Detalhes arquitectónicos em unidades de internação pediátrica. Salvador. (22- 44)

RODRIGUES, William Costa (2007). Metodologia Científica. FAETEC/IST. Paracambi, (3- 28).

SANCHEZ, Marisa Leonetti Marantes; EBELING, Vanessa de Lourdes Nunes. 2011 Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, (240-246)

SANTO, Fátima do Espírito; Porto, Isaura, Setenta (2006). “De Florence Nightingale à perspectiva atuais sobre o cuidado de enfermagem: Evolução de um saber/Fazer”. (Online): <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a25.pdf>, 29/07/2014. (538- 544).

SANTOS, Olga Maria de Jesus Coelho dos. (2011). “Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas”. (Online): [Http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1571/1/OLGA%20COELHO%20SANTOS%20Necessidades%20pais%20crian%C3%A7as%20hospitalizadas.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1571/1/OLGA%20COELHO%20SANTOS%20Necessidades%20pais%20crian%C3%A7as%20hospitalizadas.pdf), (15- 19).

SHEEHY, Susan (2001). Enfermagem de Urgência. 4ª Edição, Lusociência. (3- 6)

SCHAURICH, Diego (2005). “Enfermagem da criança e do adolescente, teorias de evolução”. (Online): www.redalyc.org. 25/06/2014. (260- 265).

SCHAFFLER Arne, MENCHE Nicole (2004) “Cuidados de enfermagem nas doenças infecciosas”. In Arne Scaffler e Nicole Menche. Medicina interna e cuidados de enfermagem. Loures, Lusociência. (44, 441- 442).

SILVA, A. L. (1995). O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; (40-51)

SILVEIRA, Claudia Bastos de, SILVEIRA, BARBOSA, Larissa Coelho de, REBOUÇAS, Lidiane Nogueira, ANDRADE, Luciene Miranda. “A assistência de Enfermagem ao portador de meningite meningocócica”. (Online): www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=517 19/01/2014. (5- 30)

SOUSA, Lenisse Dutra De. (2011). “A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora” (Online): http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf, 23/06/2014, (87- 95)

SOUZA, Luís Paulo (2012). “O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem”. (Online):

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/sic/sedicoes2012/04_outdezV30_n4_2012.pdf
12/08/2014 (354- 359)

SOUSA, Maria Elisabete Martins. 2009/2010. A musicoterapia na socialização das crianças com perturbação do espectro do autismo. Porto. (Online):

http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/394/PGEE_2010_MariaElisabeteSouza.pdf?sequence=4

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner (2002). Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (6- 9).

TOMEY, A. M. (2002). “Virgínia Henderson - Definição de enfermagem”. In A. M. Tomey. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem), 5ª edição. Loures: Lusociência. (111-126).

WRIGHT, Wilbur (1998). “O processo de enfermagem: a base dos cuidados de enfermagem”. In Sorensen e Luckman. Enfermagem Fundamental. Editor: Lusodidacta. (154- 157).

ÍNDICE DE APÊNDICES:

APÊNDICE I – O Requerimento para a solicitação para desenvolver a pesquisa no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.....	XII
APÊNDICE II – O Termo de Consentimento Informado.....	XIII
APÊNDICE III – O Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) aplicado à criança com meningite.....	XV
APÊNDICE IV - O Guião de Observação.....	XVII
APÊNDICE V - O Guião de Entrevista.....	XXIV

APÊNDICE I: O Requerimento para a solicitação para desenvolver a pesquisa

Requerimento

Exmo. Senhor(a)

Diretor(a) do serviço de pediatria do HBS

Eu, Démila Lopes Timas, de 24 anos de idade, nascido a 21 de Abril de 1990, natural de S. Nicolau e residente na ilha de São Vicente, portadora do B.I. nº 321411, venho mui respeitosamente solicitar a Vossa Excelência que se digne a autorizar-me a fazer um estudo a uma criança portadora da doença de meningite, internada no serviço de pediatria do mesmo, num período de dois meses (Maio e Junho). Sendo que é um trabalho de investigação científica, necessito de uma autorização para aplicar o estudo respeitando todos os passos da ética de um trabalho científico.


Pede deferimento.

Mindelo, 10 de Abril de 2014

Assinatura

Démila Lopes Timas

Démila Lopes Timas

Euf. Resp → 

APÊNDICE II: O Consentimento Informado nº 1

Eu, Démila Lopes Timas, de 24 anos de idade, estudante do 4º Ano de Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade do Mindelo, foi-me proposto o desenvolvimento de uma monografia como trabalho de conclusão do curso.

No âmbito deste trabalho, escolhi estudar uma criança portadora da doença de meningite no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa com o objectivo de demonstrar como os enfermeiros prestam os seus cuidados a uma criança com meningite.

Para isso vou estudar uma criança escolhida alheatoriamente neste mesmo serviço, e a que for estudada não sofrerá de nenhuma consequência e comprometo-me manter sempre o anonimato.

Caso a criança ou os pais quiserem desistir de colaborar no estudo, será respeitada a decisão destes.

Termo de consentimento informado

Eu, _____, responsável legal de _____, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no estudo (de pesquisa ou na pesquisa - escolher) acima descrito.

Mindelo, _____ de 2014

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

Assinatura do Pesquisador

O Consentimento Informado 2

Eu, Démila Lopes Timas, de 24 anos de idade, estudante do 4º Ano de Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade do Mindelo, pretendo desenvolver uma monografia cujo objectivo de demonstrar como os enfermeiros prestam os seus cuidados a uma criança com meningite. Neste sentido, a pesquisa incide sobre o estudo de uma criança portadora da doença de meningite no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, escolhi a observação (da criança) e a entrevista (a enfermeiros desse serviço) como sendo os instrumentos de colheita de informações relevantes para o estudo.

Ao longo de todas as fases da pesquisa comprometo-me a respeitar os preceitos éticos com vista a respeitar e a preservar a identidade de todos os participantes. Informo também que os enfermeiros que decidirem colaborar poderão desistir a qualquer momento e será respeitada a decisão.

Termo de consentimento informado

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo com a participação, como voluntário, no estudo (de pesquisa ou na pesquisa - escolher) acima descrito.

Mindelo, _____ de _____ de 2014

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE III: O Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) aplicado à criança com meningite

(Complementa o guião de observação)

Diagnóstico de enfermagem- NANDA	Definição	Características definidoras	Factores relacionados
Nutrição alterada: a ingestão é menor que as necessidades corporais;.	Estado no qual o indivíduo tem uma ingestão de nutrientes que não atende suas necessidades metabólicas.	- Relato de ingestão inadequada de alimentos. Menos do que a porção diária recomendada; - Falta de interesse por alimentos e para se alimentar.	- Inabilidade para ingerir ou digerir alimentos ou absorver nutrientes, devido a factores biológicos.
Potencial para infecção.	Estado no qual o indivíduo está com o risco aumentado para ser invadido por organismos patogénicos.	Presença de factores de risco como: -Procedimentos invasivos; - Desnutrição.	Vide presença de factores de risco.
Hipertermia	Estado no qual o indivíduo apresenta elevação da temperatura corporal acima da faixa normal.	Aumento da temperatura corporal acima da faixa normal.	-Doença ou trauma;
Troca de gases prejudicada.	Estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na passagem de oxigénio e/ou dióxido de carbono entre os alvéolos pulmonares e o sistema vascular.	- Sonolência; - Confusão; - Irritabilidade.	-Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
Padrão respiratório ineficaz.	Estado no qual o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar adequada.	- Dispneia; - Cianose; - Alteração na expansão torácica;	-Actividade neuromuscular prejudicada; - Ansiedade; - Fadiga.
Potencial para trauma.	Estado no qual o indivíduo apresenta acentuado risco de lesão tecidual acidental (fractura).	Presença de factores de risco como: - Fraqueza; -Dificuldade de equilíbrio; -Redução da coordenação muscular; -História de trauma anterior.	Vide presença de factores de risco.
Isolamento social	Estado no qual o indivíduo experimenta solidão, percebida como imposição dos outros e como um estado negativo e ameaçador.	Ausência do suporte significativo (familiares, colegas); - Sem comunicação, isolado, sem contacto olho-a- olho; - Experiência de ser diferente dos outros.	Factores contribuindo para a ausência de relacionamento pessoal.
Processo familiar alterado.	Estado no qual a família, que normalmente funciona, efectivamente experimenta	- Sistema familiar incapaz de atender as necessidades físicas de um dos seus membros;	- Situação de transição ou crise.

	uma disfunção.	- Sistema familiar incapaz de atender as necessidades emocionais de um dos seus membros.	
Mobilidade física prejudicada.	Estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes.	- Força, controlo, ou massa muscular diminuídas; -Coordenação prejudicada.	Enfraquecimento neuromuscular.
Deficit de lazer	Estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na estimulação, no interesse ou no engajamento em actividades recreativas ou de lazer.	- Impossibilidade de realizar, no hospital, os <i>hobbies</i> usuais;	- Falta de actividade de lazer no ambiente, durante a hospitalização prolongada, ou em tratamentos longos e frequentes.
Dor.	Estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável.	- Comunicação verbal da dor; - Comportamento compatível em desconforto (gemer, chorar, inquietação); - Expressão facial de dor.	- Agentes de injúria (biológicos e psicológicos).

APÊNDICE IV: O Guião de Observação

A. O espaço para as crianças hospitalizadas

Indicador	CrITÉrios	Sim	Não	Observações
1. Acessibilidade e comodidade	A porta tem desenhos?			
	Há desenhos nas janelas?			
	Os corredores são pintados?			
	Os corredores estão decorados?			
	O espaço para a hospitalização fica no rés-do-chão?			
	Há escadas?			
	Há casas de banho?			Existem 3 quartos de hospitalização todos tem casas de banho (no primeiro quarto a casa de banho e dividido. Existem portas que separem a banheira da sanita) os 2 outros quartos, as casas de banho possuem 2 sanitas separadas por portas, duas banheiras separadas por portas e um lavatório comum a todos.
	Existe um refeitório?			Nº de mesa- 9 e 17 cadeiras
	✓ O mobiliário adequado para crianças e os acompanhantes?			
	✓ A louça e talheres são próprios para as crianças?			
	Existe uma sala de convívio? ✓ Tem um responsável?			Mas existe o refeitório que pode servir e é onde as crianças costumam brincar e existe um pátio para brincar só que está abandonado e sem condições para tal.
	A enfermaria ✓ Dimensões			Existem 3 quartos de hospitalização, 1 quarto para recém-nascidos e 1

				para isolamento, 1 refeitório, 2 quartos para funções dos enfermeiros, 1 cozinha, 1 pátio 1 quarto para acompanhantes 1 quarto para médicos, 1 para enfermeiros 1 para os serviços gerais,
	✓ N° de enfermeiros			Quantos por turno? 6 Enfermeiros, trabalham com 3 no período da manhã que são 2 enfermeiros de serviço e o enfermeiro chefe e os outros turnos só com 1 enfermeiro.
	As batas têm desenhos?			
	✓ N° de camas e berçários?			24 Berçários, 2 camas
	✓ Existe falta de equipamentos?			Batas, luvas, as vezes faltam medicamentos,
2. N° de quartos para a hospitalização	Há mais que 1 quarto?			4 Quartos e 1 isolamento
	O (s) quarto(s) tem mais que uma criança?			O primeiro quarto tem capacidade para 6 crianças os outros maiores 8 crianças e o de recém-nascidos 3 crianças.
3. Recursos Humanos	Há enfermeiros nesse serviço?			Quantos? Quantos por turno?
	A sala de convívio tem um responsável?			A animadora infantil
4. Dimensões	Qual a dimensão do quarto?			Quarto com capacidade para 8 ou 6 crianças
	Qual a dimensão da casa de banho da criança?			No primeiro quarto 1 sanita e 1 banheira, no segundo e terceiro 2 sanitas 2 banheiros 1 lavatório,
	Quais as dimensões do refeitório?			Espaço para mais que 9 mesas
	Quais as dimensões da sala de convívio?			Não existe e usada a sala do refeitório
5. Decoração	As paredes estão pintadas?			De cor branca e cinzento
	Existe alguma pintura			Nos corredores

	decorativa/artística?			
	Existem brinquedos no quarto?			Mas são muito poucos, obtive a informação que existem outros brinquedos mas estão trancados pelo responsável
	Os brinquedos são do hospital?			
	Existem materiais didáticos/pedagógicos?			Existem poucos livros
	Existem materiais audiovisuais?			
	Mobiliário			Mas nem todos os quartos
	✓ Ergonómico?			
	✓ Cama?			
	✓ Cadeira de acompanhante?			Cadeira muito simples feito de ferro
	✓ Mesa e cadeiras para as refeições?			9 Mesas e 17 cadeiras
	✓ Mesa e cadeiras para brincar?			Mesmo para a refeição
	✓ Estante?			Existem cacifos
	Casa de banho ergonómico?			Mas também existem alguns materiais que não são para a idade
	✓ Banheira?			
	✓ Lavatório?			
	✓ Sanita?			
	✓ Decorado?			
6. Alimentação	Os enfermeiros ajudam na alimentação das crianças?			São os acompanhantes que ajudam na alimentação

	A alimentação tem boa qualidade?			Na medida das condições do hospital 5 refeições por dia
	A apresentação do prato desperta algum interesse na criança?			As vezes sim e as vezes não
7. Actividades lúdicas	Os enfermeiros propõem brincadeiras às crianças?			Alegam falta de tempo
	Os enfermeiros brincam com as crianças?			Quando? Na administração de medicamentos ou quando fazem visitas as crianças
	Os serviços planificam actividades lúdicas (filmes, contar histórias...) para entreter as crianças? Quem faz isso (enfermeiros, familiares, outras)?			
8. Administração da Terapêutica	Os enfermeiros explicam à criança porque têm que tomar a medicação?			
	Os enfermeiros conversam com as crianças enquanto tratam delas?			
9. Equipamentos/ Paramentação	Os enfermeiros estão equipados de forma correcta para trabalhar?			Nem sempre equipam de melhor forma a justificação e sempre a falta de equipamentos
	Os enfermeiros tomam precauções para se protegerem e proteger a criança num caso de infecção?			Fazem sempre o possível para evitar

A prestação de cuidados:

Existe uma sala de convívio? Não

Como os enfermeiros entretêm as crianças hospitalizadas? Não

Como os enfermeiros entretêm as crianças isoladas? Não

B. O espaço para as crianças em isolamento

Indicador	CrITÉrios	Sim	Não	Observações
1. Acessibilidade	Porta com desenhos?			
	Janelas com desenhos?			
	Os corredores são pintados?			Mesmo corredor que a hospitalização de cor branca
	Os corredores são decorados?			
	Fica no rés-do-chão?			
	Há escadas?			
2. N° de quartos para isolamento	Há mais que 1 quarto?			
3. Recursos Humanos	Há enfermeiros nesse serviço?			Quantos? Quantos por turno? 6 enfermeiros são os mesmo da hospitalização ou seja e a enfermaria em si, 3 de manha e 1 nos outros turnos
4. Dimensões	Qual a dimensão do quarto?			2 berços 1 cama 1 casa de banho
	Qual a dimensão da casa de banho da criança?			1 Sanita, um lavatório e uma banheira mas em pouco espaço
5. Decoração	As paredes estão pintadas?			Branco e cinza
	Existe alguma pintura decorativa/artística?			
	Existem brinquedos no quarto?			Poucos bonecos
	Os brinquedos são do hospital?			
	Existem materiais diácticos/pedagógicos?			
	Existem materiais audiovisuais?			
	Mobiliário			Nem sempre
	✓ Ergonómico?			
	✓ Cama?			
	✓ Cadeira de			

	acompanhante?			
	✓ Mesa e cadeiras para as refeições?			
	✓ Mesa e cadeiras para brincar?			
	✓ Estante?			Muito grande
	Casa de banho ergonómico?			
	✓ Banheira?			
	✓ Lavatório?			
	✓ Sanita?			
	✓ Decorado?			
6. Alimentação	Os enfermeiros ajudam as crianças a alimentarem-se?			
	A alimentação tem bom aspecto?			As vezes sim outras não depende do gosto da criança
	A apresentação do prato atrai a criança?			Nem sempre
	A louça e os talheres são próprios para as crianças?			
7. Actividades lúdicas	Os enfermeiros propõem brincadeiras às crianças?			
	Os enfermeiros brincam com as crianças?			Mas em curto espaço de tempo
8. Administração da Terapêutica	Os enfermeiros explicam a criança porque tem que tomar a medicação?			
	Falam com as crianças enquanto as tratam?			
	Sorriem para elas?			
9. Equipamentos/ Paramentação	Os enfermeiros estão equipados de forma correcta para trabalhar?			
	As batas têm desenhos?			
	Os enfermeiros tomam precauções para se protegerem e proteger a criança num caso de infecção?			No espaço de isolamento não

	As precauções para evitar o contágio interferem na interacção?			
--	--	--	--	--

A prestação de cuidados:

Como os enfermeiros entretêm as crianças isoladas? Não entretêm.

Existe uma planificação na qual constam actividades lúdicas que deverão/poderão ser feitas com as crianças em isolamento? Se sim, quem faz isso (enfermeiros, voluntários, estudantes de enfermagem em estágio no serviço)? Não se verifica nenhum plano, existe uma animadora infantil.

APÊNDICE V: O Guião de Entrevista

Objectivos da entrevista:

- Analisar os cuidados prestados a crianças com a doença de meningite;
- Identificar os constrangimentos e receios que os enfermeiros têm ao prestar o cuidado a criança com meningite;
- Identificar as implicações da hospitalização e isolamento numa criança doente.

Designação dos blocos	Objectivos	Perguntas que poderão ser feitas
1- Introdução	- Descrição do entrevistado	Contextualização da entrevista; sua duração; assinar a autorização para realizar a entrevista e que garante o anonimato. Perfil do entrevistado: Nome; Idade; Sexo: Formação: Escola: Tempo de serviço total:
2- Implicações	Constrangimentos identificados durante a prestação e cuidados aos pacientes e a identificação dos receios.	<ul style="list-style-type: none">- Em que medida os serviços de saúde podiam minimizar o sofrimento/necessidades das crianças hospitalizadas?- Acha que a ausência de contacto pessoal físico pode ser uma vantagem na prática dos cuidados a uma criança com meningite para a sua recuperação, ou é uma clara desvantagem?- Sabe-se que uma doença infecto-contagiosa transmite com facilidade e apresentam formas graves. Tens receio em tratar uma doença infecto-contagiosa?- Sendo a meningite uma doença infecto-contagiosa tratas de igual forma uma criança com meningite como tratas as outras crianças com outras doenças?- O isolamento serve para evitar a transmissão da doença. Tens algum

		receio de entrar nesse quarto quando há uma criança com meningite?
3- Prestação dos cuidados	Cuidados de enfermagem em pacientes em hospitalização e isolamento com a doença de meningite.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentes preparado para cuidar de uma criança com meningite? - Quais são as dificuldades que encontras em cuidar de uma criança com meningite? - Sabendo que uma criança com meningite esta isolada e precisa de apoio. Brincas igualmente com essa criança como fazes com as outras? - Nos cuidados específicos para com os pacientes em isolamento, tomas as devidas precauções para te proteger do contágio? Ou existe a falta de equipamentos?